

ANNÉE 1938

THÈSE

N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Geneviève Marguerite de COLONJON

en religion Sœur Gilbert

Missionnaire du Saint-Esprit

Diplômée de l'Institut Colonial de Paris

Ancienne Externe des Hôpitaux de Lyon

Née le 13 Juin 1910, à MARSEILLE (Bouches-du-Rhône)

LA LUTTE CONTRE LA LÈPRE
EFFORT DES MISSIONS CATHOLIQUES
DANS LES COLONIES FRANÇAISES

Président : M. GOUGEROT, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1938

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Geneviève Marguerite de COLONJON

en religion Sœur Gilbert

Missionnaire du Saint-Esprit

Diplômée de l'Institut Colonial de Paris

Ancienne Externe des Hôpitaux de Lyon

Née le 13 Juin 1910, à MARSEILLE (Bouches-du-Rhône)

LA LUTTE CONTRE LA LÈPRE

EFFORT DES MISSIONS CATHOLIQUES

DANS LES COLONIES FRANÇAISES

Président : M. GOUGEROT, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1938

I. — Professeurs

Anatomie
Physiologie
Physique médicale
Chimie médicale
Bactériologie
Parasitologie et histoire naturelle médicale
Pathologie médicale et générale
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène et médecine préventive
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée
Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux
Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique

Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique thérapeutique médicale
Clinique oto-rhino-laryngologique
Clinique thérapeutique chirurgicale
Clinique propédeutique
Clinique de la Tuberculose
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
Clinique cardiologie
Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire

MM.
ROUVIERE.
LÉON BINET.
STROHL.
POLONOVSKI.
Robert DEBRE.
BRUMPT.
BAUDOUIN.
ABRAMI.
MONDOR.
LEROUX.
CHAMPY.
TIFFENEAU.
HARVIER.
TANON.
BALTHAZARD.
LAIGNEL-
LAVASTINE
FIESSINGER.
CHIRAY.
LOEPER.
CARNOT.
Marcel LABBE.
CLERC.
LEREBoulLEt
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
GOUGEROT.
GUILLAIN.
LEMIERRE.
CUNEO.
GOSSET.
GREGOIRE.
LENORMANT.
TERRIEN.
MARION.
LEVY-SOLAL.
COUVELAIRE.
JEANNIN.
MOCQUOT.
OMBREDANNE.
RATHERY.
LEMAITRE.
Pierre DUVAL.
VILLARET.
TROISIER.
MATHIEU.
LAUBRY.
N.....
HOVELACQUE.
MULON.
OLIVIER.
VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD Henri.	Pathologie médicale.
BERNARD Et.	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
CHEVALLIER .	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FUNCK-	
BRENTANO ...	Pathologie chirurgicale.
FEY	Urologie.
GAILLARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.

MM.	
DE GAUDART	
D'ALLAINES ..	Pathologie chirurgicale
GAYET	Physiologie.
DE GENNES ...	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOL	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.

MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{ne} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.	
PIEDELIEVRE..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophtalmologie.
RICHT	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.

MM.	
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE..	} Clinique médicale
AUBERTIN	
FRULE	
CHABROL	
DONZELOT ...	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR	
VALLERY-	
RADOT	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROcq	
CADENAT	
GATELLIER ...	
MOURE	
QUENU	
VELTER	
ECALLE	} Clinique obstétricale
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA TRES CHERE MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MES SŒURS

A LA VÉNÉRÉE MÉMOIRE
DU RÉVÉREND PÈRE LAURAS

*Qui m'a facilité par tous les moyens,
l'achèvement de mes études.*

A MA RÉVÉRENDE MÈRE SUPÉRIEURE GÉNÉRALE
ET A MES SŒURS,
RELIGIEUSES MISSIONNAIRES DU SAINT ESPRIT

*En hommage de respectueux et filial dé-
vouement.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*Qui a bien voulu nous faire le grand hon-
neur d'accepter la présidence de notre thèse.
Témoignage de reconnaissance.*

A MES MAITRES
DANS LES FACULTÉS ET DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION

La lèpre est une des maladies les plus anciennement connues. Il en est fait mention dans la Bible elle-même, où Jéhovah, voulant prouver à Moïse la réalité divine de sa mission, frappe sa main de lèpre, puis la guérit avec la même instantanéité.

Dès les temps les plus reculés, les législateurs se préoccupèrent d'enrayer les terribles ravages de la maladie dont ils remarquaient la propagation grandissante. Le procédé qui leur sembla le plus efficace, celui que l'antiquité a transmis à nos jours, fut l'isolement. Seules, les modalités de l'internement se modifièrent au cours des siècles et selon les pays. Il faut avouer que ce moyen héroïque, associé à une meilleure hygiène et à des conditions de vie plus favorables, réussit à faire disparaître la lèpre de nombreuses contrées. Actuellement, il n'existe en Europe que quelques petits foyers endémiques, isolés au milieu de nations indemnes, alors que le Moyen-Age a vu des lépreux en telle abondance, qu'il n'était pas une ville de France dépourvue de sa « maladrerie ».

A cette époque, si les hanséniens recevaient l'interdiction de se mêler à la vie commune, de fréquenter les marchés et places publiques, de puiser eux-mêmes de l'eau aux fontaines, etc... l'Eglise cependant ne se résolvait pas à les abandonner à leur triste sort. Son

Divin Maître, Jésus-Christ, ne lui en avait-il pas donné l'exemple, guérissant d'abord un lépreux puis un groupe de dix, mangeant à la table de l'un d'eux : Simon, et ordonnant à la fin de sa vie mortelle : « *purifiez les lépreux* » ? L'Eglise fit donc édifier tous les établissements d'assistance qui couvrirent alors notre patrie. Elle suscita la formation de l'ordre hospitalier de Saint-Lazare ⁽¹⁾ exclusivement dévoué au soin des lépreux, et leur réserva une place à part dans ses temples comme dans ses prières, car s'ils ne pouvaient plus se mêler à la foule, elle n'en restait pas moins leur Mère.

Aujourd'hui encore, malgré ses ressources matérielles restreintes et le nombre grandissant de ses charges, l'Eglise catholique apporte aux hanséniens, avec les consolations de la sublime Vérité, l'aide de sa compétence et de sa charité.

(1) L'Ordre des Chevaliers de Saint Lazare fut érigé par le Pape Damasell en 1048. Les chevaliers suivaient la règle de Saint Augustin. Le Grand Maître devait être un lépreux.

APERÇU HISTORIQUE

Dans sa thèse : « Le problème de la lèpre dans les colonies françaises et en France » :

Le Forestier écrivait en 1932 : « Lorsqu'on se documente sur ce qui se fait dans notre domaine colonial, on est frappé par la disproportion qui existe entre l'activité des œuvres missionnaires chrétiennes d'assistance aux lépreux, dont certaines méritent le plus grand éloge et d'autre part, les modestes tentatives de prophylaxie entreprises par les autorités sanitaires ».

Cette phrase ne pourrait plus être écrite à l'heure actuelle.

Sous l'énergique impulsion de la Commission Consultative de la Lèpre, l'Administration française a commencé un vaste effort dans nos diverses colonies; d'autre part, elle a repris à son compte un grand nombre d'établissements fondés par la Mission catholique. S'ils ont quitté à regret les locaux dans lesquels ils furent les premiers à se dévouer, les missionnaires se sont réjouis de voir se créer et s'amplifier le mouvement en faveur des lépreux. Car il est illusoire de supposer qu'en dehors d'un système bien établi, des initiatives privées puissent atténuer les effets de l'endémie lépreuse.

Mais la phrase citée montre l'importance de l'effort fourni en particulier par l'Eglise catholique pour la lutte contre un fléau social par la protection de ceux qui en sont atteints.

« Parmi les premiers qui soignèrent ces infortunés dans notre domaine colonial, nous trouvons les religieux et religieuses missionnaires. Bien après eux, nos médecins coloniaux furent amenés par les œuvres missionnaires à collaborer dans cette tâche pour y apporter une surveillance médicale. Enfin, l'attention des autorités sanitaires et des pouvoirs administratifs fut attirée par la nécessité d'entreprendre des études et des recherches. »

Une de nos premières léproseries coloniales est créée à l'Acarouany, en Guyane, en 1832, par la Vénérable Mère Javouhey, fondatrice des Sœurs de Saint Joseph de Cluny. Tout de suite, elle désire réaliser une sorte de colonie agricole.

Puis, les Révérends Pères des Missions Etrangères de Paris ouvrent, sans que nous ayons de dates précises, leurs asiles du Tonkin.

En 1858, le Gouvernement confie aux Sœurs de Saint Paul de Chartres, la direction de la Désirade, à la Guadeloupe.

En 1898, s'ouvrent à Madagascar les léproseries d'Ambohidratimo par les soins des Sœurs Franciscaines Missionnaires de Marie, et Ambohivoraka, création du R. Père Beyzym (S. J.), tandis qu'à Thanh-Hoa (Annam) les Pères des Missions Etrangères reçoivent leurs premiers hospitalisés.

Vers la même époque, à Pondichéry, les Sœurs de

Saint Joseph de Cluny installent leur deuxième lèproserie.

En 1901, les R. Pères Lazaristes accueillent les lépreux à Farafangana (Madagascar).

Trois ans plus tard, en 1904, les Sœurs de Saint Paul de Chartres acceptent la charge de Culao-Rong (Cochinchine).

Mais survient la bourrasque anticléricale. Dès le début, Ambohidratimo et Ambohivoraka à Madagascar, Pondichéry dans l'Inde, sont obligés de se fermer. Un peu plus tard, en 1907, la Désirade est enlevée aux Sœurs de Saint Paul de Chartres pour passer en mains laïques. D'autres établissements, après tergiversations de l'autorité publique, demeurent.

Mais l'élan catholique n'est pas diminué. Dès 1911, Marana s'ouvre dirigée par le R. Père Beyzym avec pour infirmières, quatre Sœurs de Saint Joseph de Cluny.

Puis ce sont en Indochine, les villages de Daktia (1920), Djiring (1928), Qui-Hoa (1929) ; en Nouvelle-Calédonie, Ducos (1933) ; en Océanie, Réao (1933), etc....

Ces dernières années voient la fondation médicale Ad Lucem au Cameroun, dans laquelle deux médecins non religieux, servent la cause catholique par l'exercice de leur profession ; tandis qu'en Guyane, des religieuses sont appelées par le Gouvernement comme infirmières visiteuses.

Nous ne mentionnons pas d'autres établissements, de moindre importance, qui ont passé parfois sans

laisser de traces, après avoir servi à leur époque, et frayé la voie aux organisations meilleures qui les ont remplacés. Du reste, dans tous leurs dispensaires, les missionnaires donnent leurs soins aux pauvres lépreux qui viennent avec les autres malades.

L'effort fourni ne s'arrête pas à ces réalisations pratiques. Le temps n'est plus où Le Forestier pouvait se croire dans la vérité en affirmant :

« Dans les milieux missionnaires catholiques, la lèpre a la réputation d'être inguérissable... Aussi le traitement est-il peu ou pas appliqué dans leurs formations... Il faut dire que seules les Sœurs de Saint Joseph de Cluny reçoivent une formation médicale à l'Hôpital Pasteur de Paris. La plupart des Pères et Religieuses des autres ordres s'improvisent infirmiers ou infirmières. »

Déjà à peu près à la même époque, Hermant, dans son Rapport sur la lèpre en Indochine devant la Commission de la lèpre, soutenait un avis différent :

« Dans le Pacifique, aux Philippines, dans l'Inde, la plupart des léproseries sont confiées aux Congrégations et aux Missions qui maintenant commencent à avoir dans leur personnel des médecins et des assistants très compétents. »

Ce mouvement n'a fait que s'amplifier depuis, parallèlement aux progrès réalisés par la médecine sur la thérapeutique de la lèpre. De plus en plus les religieuses qui partent pour les missions sont pourvues de leur diplôme d'Etat d'infirmières, avec autant

que possible stage dans des services spécialisés : service du Professeur Marchoux à l'Hôpital Pasteur, ou Pavillon de Malte à l'Hôpital Saint-Louis. Parmi les missionnaires, on trouve des médecins, tel le R. Père Decès à Marana (Madagascar)... et même dans les Congrégations féminines (Sœurs Franciscaines Missionnaires de Marie) et d'autres bientôt.

Résolument, certains se sont mis aux recherches purement scientifiques. Les travaux techniques de Sister Martha (Sœur de Saint Vincent de Paul) à Carvyle, font autorité. De même, ceux d'une Sœur de la Société de Marie, qui a étudié la culture du bacille de Hansen à Makogaï (îles Fidji), sont très remarquables. Le R. Père Raimbault à la Réunion, poursuit la culture du bacille de Hansen. Or voici ce que disait Jeanselme en 1934 :

« Un fait unique prouve la vitalité d'un microorganisme, c'est sa multiplication. Or, si la culture et l'inoculation de la lèpre n'ont pu jusqu'à présent être complètement réalisées, il est certain que le bacille spécifique sur milieu artificiel donne souvent des indices de prolifération et que son inoculation peut produire une greffe locale passagère. J'ai la conviction que des essais de culture et d'inoculation dirigés dans ce sens pourraient fournir des notions précises touchant la vitalité des bacilles contenus dans un foyer, et par conséquent contribuer à éclairer l'étiologie et la prophylaxie. »

Puissent ces recherches jeter un jour nouveau sur une question aussi complexe !

Jamais en arrière sur son temps dès qu'il s'agit

d'une œuvre de charité, l'Eglise catholique est en marche.

De ce court résumé, peut se dégager une vue d'ensemble :

La première attitude des missionnaires en face du problème de la lèpre a été une immense pitié pour les malheureux qui en étaient atteints. L'œuvre la plus urgente à cette époque était leur protection d'où la création d'asiles pour eux. Ces premières lèproseries furent longtemps à la charge exclusive de la Mission, comme cela existe encore à Marana.

Puis, dans leur désir de soulager ces infortunés les missionnaires ont cherché à s'instruire des médications possibles pour une si terrible maladie. Mais pour appliquer avec succès les traitements proposés, des ressources budgétaires plus étendues et une compétence spéciale sont indispensables ; la Mission a sollicité de l'Etat une aide à la fois matérielle et technique. C'est l'époque de la collaboration avec l'Administration, celle qui fit naître Farafangana et Qui-Hoa.

A l'application et devant des circonstances spéciales à certaines colonies (notamment en Guyane), on s'est aperçu qu'il fallait assurer fortement trois conditions morales non moins importantes que les matérielles : UNE SCIENCE SUFFISANTE de la part du soignant, et l'on s'est mis à l'étude ; UNE CROYANCE FERME A LA POSSIBILITÉ DE LA GUÉRISON et UNE LONGUE PERSÉVÉRANCE de la part du patient, et l'on a développé toute l'autorité persuasive que donnent le respect du devoir et l'affectueux intérêt porté au souffrant. C'est l'époque des infirmières et des visiteuses.

Enfin, dans cette collaboration, les missionnaires montrent leur intention d'apporter à la médecine l'aide totale de leurs possibilités. Nous assistons à l'essor scientifique.

Les résultats de l'effort donné au cours de tant d'années sont appréciables dans nos colonies et beaucoup plus encore dans les nations étrangères, où nos religieux et religieuses, réclamés par les gouvernements de pays, peuvent travailler en collaboration beaucoup plus étroite avec lui. Nous avons dit en effet, et nous le soulignons, que pour être efficace, la prophylaxie antilépreuse ne doit pas être abandonnée à des efforts particuliers, par conséquent isolés ; elle a besoin d'être entreprise et soutenue par un pouvoir qui régisse de vastes territoires et puisse imposer les mesures jugées nécessaires.

Voici les constatations faites en 1932 par un de nos médecins coloniaux :

« La visite des colonies de lépreux des îles Fidji, des Philippines, du Japon, de l'Inde, m'a permis de constater chez les lépreux, le personnel infirmier et les malades, un état d'esprit totalement différent de celui qui existait encore il y a dix ans. Autrefois, c'était chez les uns et les autres la conviction d'une amélioration impossible de la maladie, et la résignation à une situation dramatique dont on s'efforçait seulement d'adoucir les épisodes douloureux : aujourd'hui, au contraire, c'est chez tous la confiance absolue en une amélioration certaine du plus grand nombre des cas et la guérison possible de ceux qui sont venus précocement se soumettre au traitement. Ces colonies sont devenues des cellules sociales avec toutes

les modalités d'une vie active et des éléments de distraction qui mettent le malade dans les meilleures conditions physiques et morales pour bénéficier de l'action du traitement. Comme ce résultat a été obtenu dans beaucoup de ces colonies étrangères grâce à la collaboration des Missions et des religieuses françaises, il peut être permis d'espérer que l'adoption des méthodes employées ailleurs, aura en Indochine le même succès. »

Nos missionnaires furent réclamés par l'Empire Britannique : pour la fondation de Makogaï (Sœurs de la Société de Marie) ce modèle du genre dont le Docteur Hermant a dit :

« Il serait désirable que les personnes appelées à s'occuper des lépreux en Nouvelle-Calédonie puissent bénéficier d'une visite à la léproserie de Makogaï, où il y a des sœurs françaises. Je souhaiterais qu'un représentant de l'Administration et un médecin y fussent envoyés. La question de l'organisation à adopter pour les lépreux ferait ce jour-là un grand pas. »

Et ce sont : à Kumbakonam (Indes) les Catéchistes Missionnaires de Marie ; à Rangoon et Mandalay (Birmanie), les Franciscaines Missionnaires de Marie ; à Ouagadougou (Ouganda), les Sœurs de Notre Dame d'Afrique ; à Chacachacare (Antilles Anglaises), les Dominicaines d'Etrepagny ; à Douma (Syrie), les Filles de la Charité, etc...

Les Philippines se sont adressées à des religieuses françaises (Sœurs de Saint Paul de Chartres), pour Culion ; et le Brésil (Sœurs de Saint Vincent de Paul) pour Rio-Itanhenga et San Luiz... et le Japon (Sœurs

Franciscaines Missionnaires de Marie) pour Biwazaki, etc...

Partout les Sœurs sont aimées et respectées des malades, estimées et appréciées des médecins, gagnant la confiance de tous. « Acceptez cette léproserie, leur a-t-on dit au Brésil, si vous êtes là, les lépreux viendront. »

De toutes les relations écrites sur les léproseries tenues par nos missionnaires, se dégage une impression de joie paisible qui surprend le témoin non averti. C'est que nos religieux et religieuses excellent dans ce traitement moral du lépreux si impérieusement nécessaire d'après Burnet :

« Il faut le consoler de son malheur et faire luire l'espoir de la guérison. Il a besoin de la compagnie de sa famille, tout au moins de compagnons d'infortune. Il a besoin d'être soutenu par le médecin et l'infirmier et par le prêtre de sa religion. Dans les rapports et bulletins des missions chrétiennes, on respire une atmosphère de consolation, d'onction et à la fois d'anesthésie et d'énergie. L'église seconde l'œuvre scientifique et laïque de la médecine. »

Que l'on songe à la transformation de Molokaï réalisée par le Père Damien (des Sacrés Cœurs de Picpus) et l'on comprendra la vérité de ces assertions.

Quel est donc le secret de nos missionnaires ?

« Ils comprennent trop bien qu'une maladie aussi lente dans son évolution que pénible, humiliante, douloureuse dans ses manifestations, a besoin plus que tout

autre de cœurs compatissants, de mains diligentes, de soins tendres et surtout de paroles de foi qui chevillent le courage et l'espoir au cœur, la sérénité dans l'âme. La religieuse infirmière fait comprendre à ces pauvres êtres souffrants que toute douleur est une fécondité, qu'ils ne sont pas des déchets inutiles et à charge, mais des activités puissantes... dans le monde des âmes. »

A se voir soignés comme ils le sont par ces Françaises, ayant renoncé volontairement aux douceurs de leur pays et à la possibilité même d'une famille, tout exprès pour pouvoir plus librement les soigner, eux, rejetés jusqu'alors par tous, leurs parents mêmes, ces pauvres gens retrouvent soudain leur dignité d'hommes. Peu à peu, ils comprennent ce qui fait leur noblesse véritable, et bien au-dessus de la santé ou de la maladie, ils entrevoient la sublimité de la vie humaine. Alors éclosent dans leur âme des sentiments jusque là inconnus : la vraie joie de vivre, et une immense gratitude pour ceux qui leur ont ouvert ces horizons nouveaux. La loi du travail proportionné aux capacités de chacun, celle de l'entr'aide paraissent bien douces : chacun s'emploie de son mieux au bien commun, et accepte de plein gré la discipline médicale, nécessaire pour l'efficacité du traitement. Voilà le grand bienfait apporté par l'Eglise catholique à ses membres souffrants. Pour ce qui regarde la thérapeutique, sans doute ses léproseries ne diffèrent pas d'autres du même genre ; mais pour l'ennoblissement du malade, et l'accroissement de sa valeur sociale,

elle seule peut obtenir les résultats constatés partout. Elle ne dédaigne pas le traitement comme on lui en a fait le reproche autrefois. A Molokaï, le Père Damien s'ingénie pour trouver des remèdes qui puissent soulager ou guérir ses paroissiens. Il se tient au courant des dernières recherches, et, devenu lépreux, expérimente sur lui les médicaments recommandés. A Marana, le R. Père Decés ne néglige aucune ressource de l'art médical, en particulier il attend beaucoup de la vaccinothérapie. Partout, le traitement est de plus en plus administré « avec une conviction, une générosité, une constance, un dévouement tels que les malades en retirent un immense soulagement non seulement physique mais moral ».

N'oublions pas en terminant, que souvent les résultats obtenus ont été achetés fort cher. Nombreux sont les missionnaires qui ont contracté la maladie de Hansen en soignant les lépreux. Tels : le Père Damien (des Sacrés Cœurs, de Picpus), à Molokaï ; le Père Dupuy (de la Société de Jésus), à Madagascar, qui signait : « chevalier de la lèpre et de la légion d'honneur » ; le Père Nicoleau (Mariste) ; le Père Daniel de Samarate (Capucin), et cette pléiade de Pères des Missions Etrangères de Paris ; Pères Mathevon au Tonkin, Noguette en Indochine, Clémenceau au Siam, Jolly en Chine, Butard en Birmanie, Mathey en Cochinchine, et plus récemment le R. Père Wintz (Missionnaire du Saint Esprit), qui atteint auprès des lépreux de Casamance, s'offrit pour servir aux expé-

riences thérapeutiques à Paris et obtint de remplacer l'aumônier de la Désirade en Février 1934. Et tous ceux, religieux et religieuses, dont nous ignorons les noms.

REALISATIONS ACTUELLES

Ainsi que nous l'avons entrevu au chapitre précédent, la participation de la Mission Catholique à la prophylaxie de la Lèpre revêt des modalités différentes suivant les conditions d'exercices.

Sans parler des dispensaires répandus partout, où sont soignés tous les malades qui se présentent, et dont l'importance peut être considérable, surtout dans les pays où l'Assistance Médicale Indigène, du fait des circonstances est encore insuffisamment développée, tels que le Togo ou l'A. E. F., deux formes d'activité prédominent :

1°) l'utilisation des religieuses comme *infirmières responsables*,

— soit que leur rôle se borne aux soins des malades, tout comme dans les hôpitaux de la Métropole ; ex. : Bamako en A. O. F., les formations sanitaires de la Martinique...

— soit qu'elles assument en même temps, la *direction de la léproserie*, cas beaucoup plus fréquent, dont nous trouvons des exemples à : Culao-Rong (Cochinchine), l'Acarouany (Guyane), Ducos (Nouvelle-Calédonie). Ce caractère est très accentué à Qui-Hoa (Annam), où, d'après les termes mêmes de l'accord passé, l'Administration conserve la propriété de l'établissement dont la Mission assure la gestion.

2°) les *formations* fondées par la Mission et *subventionnées* par l'Etat ; ex. : Farafangana (Madagascar). Thanh-Hoa, Djiring et Daktia en Indochine.

Mais à côté, nous trouvons :

— des *léproseries complètement à la charge de la Mission*, de plus en plus rares, il est vrai ; ex. : Marana (Madagascar), dirigée par un Père médecin assisté de quatre Sœurs infirmières.

— une *formation adaptée pour le traitement en cure libre*, toute récente, et conforme à notre conception actuelle de la prophylaxie de la lèpre : l'Institut prophylactique de Pondichéry.

— de *véritables centres médicaux* : par exemple la fondation médicale Ad Lucem au Cameroun, magnifique réalisation du laïcat, fonctionnant sous la direction de deux jeunes médecins mariés.

— enfin, des *infirmières visiteuses*, dernier rouage, très moderne, de la lutte antilépreuse dans nos colonies :

soit à la charge exclusive de la Mission, comme à Nouméa,

soit employées par l'Administration, comme à Cayenne.

Nous allons voir chacune de ces institutions plus en détail, en passant en revue chacune de nos colonies.

AFRIQUE

Afrique Occidentale Française

La lèpre est une des endémies qui frappe le plus durement les populations noires d'Afrique.

En A. O. F., la fréquence de cette maladie « apparaît comme un danger réel et immédiat dont la gravité ne nous est qu'imparfaitement connue et dont la prophylaxie s'impose », écrivait en 1931 le docteur Robineau. Mais la campagne antilépreuse s'avérait particulièrement difficile dans un pays immense où la population reste encore disséminée en petits groupes très irréguliers, et où les déplacements soulèvent de nombreuses difficultés. Il fallait de plus lutter contre les notions routinières des indigènes ; le noir vit de longues années avec une maladie à manifestations discrètes : macules indolores et même insensibles, coryza chronique. Il n'avoue sa lèpre que lorsqu'elle présente des symptômes majeurs : faciès léonin, atrophies, ulcères, etc... Alors, il se sert d'unealebasse réservée à son usage : mais pendant les années précédentes, il a pu contaminer son entourage sans le savoir. Dans ces conditions, comment lui faire accepter un isolement qu'il va juger barbare et inutile ?

Les disponibilités financières de la Colonie étant limitées, compliquaient encore le problème ?

Cependant, dès 1931, le Médecin Général Sorel établissait un projet mûrement étudié de lutte antilépreuse adaptée à ces régions. Ce plan, basé sur le principe que les lépreux ont droit aux mêmes soins,

aux mêmes égards et au même respect de leurs droits que les autres malades, comprend : le *dépistage*, exécuté par tous les médecins en service en A. O. F. à l'occasion de toute visite médicale. Il est immédiatement suivi du *recensement* administratif : inscription du sujet et établissement d'une fiche individuelle. Ces fiches sont adressées à un *organe central* : l'Institut de Bamako, où elles ont afflué en 1935 à raison de 500 à 1.000 par mois. Enfin des *centres de traitement*, en rapport direct avec l'Institut central.

Les malades atteints de lèpre latente ou débutante ou fermée sont autorisés à demeurer dans leur village, à condition de se présenter chaque semaine au médecin, d'habiter une case individuelle et de posséder des ustensiles de cuisine personnels. Ceux qui n'entrent pas dans ce cadre soit du fait de leur éloignement de toute consultation fixe, soit du fait de leur lèpre ouverte, sont isolés dans huit formations (deux pour impotents et six colonies agricoles) ou à l'Institut Central de la Lèpre.

INSTITUT CENTRAL DE LA LÈPRE. — Organisme de recherches scientifiques, de prophylaxie et de traitement, il est situé à quatre kilomètres de Bamako, centre géographique de l'A. O. F. et capitale du Soudan.

Il occupe un terrain triangulaire de plus de 250 hectares au carrefour des voies de communication qui réunissent les Colonies de la Fédération à l'intérieur de l'Afrique.

Créé sous l'impulsion du Médecin-Général Sorel,

ses plans en furent préalablement approuvés par l'Inspection du Service de Santé. Le Docteur Robineau, chef du service, assumait la direction de la construction, surveillant personnellement la réalisation de chaque détail ; si bien que dans un pays où le travail est très lent, l'Institut fut édifié en moins d'un an.

Les bâtiments furent occupés au fur et à mesure de leur achèvement au cours de l'année 1934, et l'inauguration solennelle eut lieu le 31 janvier 1935.

Description. — La façade est formée par trois pavillons : logement du médecin directeur, à gauche ; logement du médecin adjoint, à droite ; logement et laboratoire pour la réception des hôtes scientifiques désireux de séjourner à Bamako afin d'y travailler, et bureaux administratifs avec à l'étage les laboratoires de bactériologie et chimie thérapeutique, au centre.

Derrière, dans un quatrième bâtiment se trouvent : la pharmacie, et au premier les locaux de la Communauté des trois Sœurs Blanches attachées à l'Institut.

Un réservoir d'eau de cent mètres cubes termine les constructions de la *cité technique*.

Celle-ci est séparée de la *cité hospitalière* par une avenue en arc de cercle sur laquelle s'ouvrent les quatre pavillons de l'hôpital : Salle Marchoux, service des hommes ; Salle L'Herminier, service des femmes, service de pansements, consultations, radiologie, opération, et Salle Sorel pour l'isolement des contagieux.

Puis ce sont la cuisine et les magasins, la buanderie, l'installation d'hydrothérapie et les ateliers.

En progressant toujours dans la grande allée centrale, on entre dans les quartiers de résidence pour les malades non hospitalisés. Cette *cité indigène* comprend quatre villages disposés en carré régulier et qui ont été appelés selon leur date d'ouverture successive : Folobougou, Flanabougou, Sabanabougou, Naninabougou... (1)

Les habitations sont construites sur différents types suivant les races qui doivent y être admises : dans l'un des quartiers, « en dur », dans les trois autres provisoirement, en banco.

Aux angles, se trouvent les locaux pour le personnel du service ; au centre, la place du marché, avec le point d'eau : borne fontaine alimentée par l'eau de la ville et à côté puits à fermeture étanche qui sert à l'arrosage et au lavoir.

L'Institut peut ainsi recevoir actuellement 550 malades : mais l'emplacement (plus de 250 hectares) se prête à un plan d'extension qui prévoit un total de 1.500 places.

Une chapelle dédiée à Saint Damien a été édifiée par les soins de la Mission catholique pour les hospitalisés de cette religion. Tout le reste du terrain, très fertile, est consacré aux plantations ou à l'élevage.

Enfin, tout au fond, s'étend le cimetière.

(1) En langue bambara : Folo (premier), bougou (village), flana (deuxième), sabana (troisième), nanina (quatrième).

Fonctionnement. — Le malade vient à la léproserie soit spontanément, soit, cas beaucoup plus fréquent, envoyé par le médecin qui l'a dépisté. A son arrivée, il est examiné par le docteur pour l'établissement de sa feuille clinique. Il est ensuite admis à l'hôpital, où il reste le temps nécessaire pour l'examen complet et le traitement des différentes affections associées. Là, on prend sa photographie, document qui, joint à l'observation, permet de mieux apprécier les résultats obtenus. Quand son état général est bien amélioré, le malade passe selon sa tribu dans l'un ou l'autre quartier de résidence où il jouit d'une liberté surveillée, cultivant ses plantations, et menant une vie très voisine de celle dont il avait l'habitude dans son village, même au point de vue matrimonial, car les conjoints sains sont admis dans la mesure des places disponibles. Un moniteur du service d'agriculture dirige les cultures vivrières. Parmi les lépreux valides, la plupart sont employés aux services généraux : garçons ou filles de salles, cantonniers, manœuvres, cuisinières, etc... Les enfants se rendent à l'école tenue par un maître assisté d'un adjoint, hanséniens tous les deux. Chaque quartier est commandé par son chef, choisi parmi les malades et désigné par eux par voie de vote. A lui incombe le soin de faire régner l'ordre et la propreté. Une fois par semaine, il va rendre compte au directeur.

Pour les lépreux des résidences, il existe une consultation quotidienne où ils peuvent venir dès qu'un symptôme nouveau les inquiète ; chacun a son carnet

de traitement régulièrement tenu à jour. La veille de l'injection bi-hebdomadaire, le patient reçoit un carton sur lequel est inscrit le médicament à employer, avec sa dose. Muni de ce bon, il se présente le lendemain à la salle de pansement où se font les piqûres : la mention du billet est alors recopiée sur le carnet individuel. Une visite de tous les malades est faite trimestriellement au point de vue général, semestriellement pour l'appréciation des résultats thérapeutiques.

L'entretien complet est assuré par l'administration : matériel de couchage avec moustiquaire, ration journalière comprenant : 250 grammes de viande fraîche, 1 kilo de mil ou 500 grammes de riz, 100 grammes d'arachides décortiquées, 75 grammes de graisse, 15 grammes de sel et condiments. Les vêtements sont renouvelés tous les six mois.

Les ségrégés, qui veulent se rendre à Bamako, en demandent l'autorisation au médecin-chef, qui signe les permissions de sortie à raison d'un maximum de 4 par jour et par quartier. Car le docteur Tisseuil, directeur de l'Institut, s'efforce de créer autour de ses malades une atmosphère de paix et de joie. Par ses soins, l'intérêt du travail, les distractions et les amusements variés, il veut leur faire oublier qu'ils étaient, naguère encore, en marge de la société. Dans ce travail d'ennoblissement, il trouve une précieuse collaboration de la part des Sœurs infirmières.

Personnel. — Les soins sont donnés par trois Sœurs Blanches hospitalières chargées respectivement du

service des hommes, du service des femmes à l'hôpital et du service général. Elles ont, pour les seconder, huit infirmières indigènes.

Les recherches de bactériologie sont assurées par un chef de laboratoire ayant sous ses ordres deux manipulateurs. A ce service est annexée une ménagerie de rats blancs nécessaires aux expériences.

L'Institut possède des appareils pour la fabrication d'éthers de chaulmoogra; ils peuvent fournir jusqu'à 600 litres par an. Ils dépendent du pharmacien-chef de laboratoire de chimie thérapeutique.

Enfin, un sergent des troupes coloniales, un comptable gestionnaire et trois écrivains dactylographes sont employés à la léproserie.

Recherches. — Ainsi organisé, l'Institut Central de la Lèpre, à Bamako, comme celui de Rio-de-Janeiro, offre aux savants du monde entier des moyens d'études remarquables. En un même endroit se trouvent réunis un sérieux contingent de malades et des possibilités de recherches approfondies.

Le Docteur Tisseuil, directeur actuel, entend bien utiliser toutes ces facilités d'action; de nombreux rapports ont paru ces dernières années, principalement dans le *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, qui laissent entrevoir l'importance des travaux effectués à l'Institut Central. Qu'il s'agisse d'études sur les maladies associées :

« Index paludéen chez les enfants à l'Institut Central... »

ou sur les formes cliniques de la lèpre;

« Lésions lépreuses tuberculoïdes disparaissant au fur et à mesure de l'envahissement des éléments cutanés encore sains. »

« Sur une forme tuberculoïde d'accidents primitifs de la lèpre..., etc. »

ou encore du problème de l'hérédité :

« Un enfant de un an, fils de lépreux, porteur d'un nodule contenant des bacilles de Hansen ou de la durée minima d'incubation de la lèpre. »

toutes les questions posées par la maladie de Hansen trouvent son intérêt en éveil. Mais c'est surtout le problème thérapeutique qu'il approfondit pour chercher à l'éclaircir, suivant en cela les directives de la Commission Consultative de la lèpre. Sur ce sujet, les rapports abondent :

« Action comparée des huiles d'olive et de chaulmoogra en injections intradermiques. »

« Traitement de la lèpre tuberculoïde par les injections intra-dermiques d'éthers éthyliques de gorli. »

« Essai de traitement des lèpres cutanées par le sérum sanguin des lèpres nerveuses. »

« Essai de traitement de la lèpre nerveuse par le vaccin antirabique. »

« Les injections intramusculaires d'éthers éthyliques d'huile de Chaulmoogra, et l'ingestion de savon de Gorli ont-elles une action préventive dans la lèpre ? »

« Le synthol soufré dans le traitement des ulcères de la lèpre nerveuse. »

« Heureuse action de la yohimbine sur la laryngite des lépreux. »

Pour faciliter cette recherche de la meilleure thérapeutique, les lépreux sont divisés en séries à peu près équivalentes au point de vue : forme clinique et stade d'évolution de la maladie. A chaque série est appliquée un traitement type. Les résultats sont comparés entre eux. Indépendamment du bénéfice retiré par les indigènes d'une alimentation saine et suffisante, ainsi que d'une hygiène qu'ils ignorent, ce procédé permet des conclusions intéressantes.

De cette manière, ont été étudiées les propriétés thérapeutiques d'un arbre indigène : le Gorli ou *Caloncoba ecchinata*, de la famille des Flacourtiacées, comme les *Hydnocarpus*. Les effets obtenus avec les éthers éthyliques de Gorli semblent comparables à ceux obtenus avec les éthers éthyliques de l'huile de *Chaulmoogra* ordinaire.

Ainsi, à l'Institut central de la Lèpre à Bamako se dessine, avec une netteté plus accentuée que partout ailleurs dans nos colonies françaises, une collaboration spéciale de la Mission catholique à l'œuvre grandiose de la lutte antilépreuse. La Mission s'efface : l'Administration garde en totalité, avec les soucis et les charges, la gloire de l'organisation matérielle ; les docteurs et les savants assument, avec les responsabilités du traitement, les hautes satisfactions des recherches et des découvertes ; à elle, par ses Sœurs infirmières et son aumônier, d'assurer les soins immédiats aux malades, de maintenir dans une atmosphère

de paix sereine, la discipline douce et forte qui donne aux lépreux la joie d'une vie féconde, et à leurs médecins l'assurance des prescriptions scrupuleusement accomplies, pour le plus grand bien de tous.

Cameroun

La lutte contre la lèpre est menée au Cameroun avec beaucoup d'ardeur. L'administration des Services sanitaires a organisé 20 colonies agricoles pour l'isolement des malades. Avec les 4 léproseries protestantes, elles abritent 5.174 hanséniens.

De ce fait même, la Mission catholique, sollicitée dès sa prise de contact avec la population, par un ministère extraordinairement actif, n'avait aucune formation spéciale jusqu'à ces dernières années. Seulement, les Sœurs Missionnaires du Saint-Esprit soignaient dans leurs dispensaires les lépreux qui se présentaient. Elles ont même, près de N'Gowayang, une petite installation qui leur est réservée : dispensaire pour les valides et abri pour une cinquantaine d'infirmes.

Le groupe catholique Ad Lucem a fondé, en 1936, deux postes médicaux; tout de suite, les médecins ont dû s'occuper des lépreux. A Omwan, 25 sont hospitalisés, un peu en marge de l'hôpital. Au dispensaire de Sââ, à 30 kilomètres d'Efok, 90 viennent régulièrement se faire soigner. Dans ces régions, en plus des médications habituelles : bleu de méthylène, éthers éthyliques de Chaulmoogra, les Docteurs Gaubert et Aujoulat poursuivent les essais thérapeutiques

du complexe : Chaulmoogra-cholestérol, récemment découvert par Baranger et utilisé avec succès au pavillon de Malte de l'hôpital Saint-Louis (Paris).

Le médicament, qui renferme par centimètre cube, 20 à 40 mgr. de dérivé chaulmoogrique et autant de cholestérol, s'utilise en injections intraveineuses à la dose de 2 à 4 cc. quotidiens, en commençant par les doses faibles. Il faut avoir soin de rincer la seringue à l'alcool immédiatement avant la piqûre, afin d'éviter la formation de mousse, qui provoque des réactions générales. Avec cette précaution, la tolérance est parfaite, et l'influence thérapeutique du médicament paraît très efficace, ainsi qu'il ressort des observations faites à Saint-Louis, au Cameroun et même en Indochine.

Dans le cas présent, la fondation Ad Lucem est heureuse d'avoir apporté sa contribution à l'étude thérapeutique sur place d'un médicament qui semble donner de bons résultats.

MADAGASCAR

HISTORIQUE.

La lèpre est connue depuis très longtemps à Madagascar. Bien avant l'arrivée des Européens dans l'île, les indigènes isolaient à quelques distances des villages les malades présentant des lésions manifestes. Mais ces mesures n'étaient pas appliquées uniformément : ainsi, dans la partie Nord-Est de la province de Fort-Dauphin, les lépreux se mêlaient à la popu-

lation saine; par contre, à Androya, ils étaient soigneusement isolés, on leur apportait même leur nourriture.

C'est Ranavalona II qui, en 1881, édicta la première loi pour la réclusion des lépreux dans un endroit assigné. Ils devaient être dénoncés par leurs voisins. En cas de non observation, ceux-ci étaient passibles d'une amende de 1 bœuf et 1 piastre, ou, s'ils étaient trop pauvres, de prison, à raison de 1 jour pour 1 sikajy, jusqu'à concurrence du montant de l'amende.

La première léproserie fut fondée par la mission protestante à Antsirabe, en 1889. Dès la pacification, en 1898, les missions catholiques ouvrirent des asiles pour les lépreux. A Ambohidratimo, les Sœurs Franciscaines de Marie s'installaient pour soigner les malades, tandis qu'à Ambahivoraka, le Père Beyzym, de la Compagnie de Jésus, se dépensait sans compter pour ceux qu'il appelait ses enfants; le général Galiéni entreprit lui-même la réglementation et l'organisation de la lutte contre la lèpre. Il passa des accords avec les missions existantes ou qui s'installaient et les subventionna. Une convention fut passée le 11 janvier 1901, pour Ambohidratimo, avec les Sœurs Franciscaines Missionnaires de Marie, qui s'engagèrent à avoir sur place 6 religieuses. La même année, il céda à la Mission Lazariste un terrain pour la création de la léproserie de Farafangana.

En 1904, du fait de la laïcisation, les Franciscaines furent expulsées d'Ambohidratimo, dont la suppression fut décidée. Les malades furent transférés à Ma-

nankavaly. En 6 ans, les Sœurs avaient fait bâtir 19 pavillons, abritant d'abord 120, puis bientôt 500 et 700 lépreux. Ils étaient 800 quand elles durent quitter leur poste. En ce qui concerne Farafangana, après un échange de correspondance qui dura plus d'un an, on maintint le statu quo.

Toujours en 1901, se ferma l'asile d'Ambahivoraka réellement trop pauvre. Mais le Père Beyzym avait pu réunir les fonds nécessaires à l'établissement d'une léproserie convenable dans un lieu propice, et les travaux, entrepris l'année précédente à Marana, se poursuivirent. L'hôpital fut terminé en juillet 1911; aussitôt, les malades y affluèrent.

Depuis ce moment jusqu'en 1933, aucune modification importante. Le soin des lépreux était laissé sans restriction aux léproseries existantes, sans plan d'ensemble.

L'arrêté du 13 avril 1935 marque une reprise en main par l'Etat de la direction administrative et technique. Le service de prophylaxie est dirigé et contrôlé par un médecin-chef du service antilépreux. Deux fichiers sont établis :

— l'un, administratif contenant toutes les fiches de dépistage signées des médecins spécialisés, et classées suivant leur numéro d'ordre;

— l'autre, géographique ordonné par districts et cantons, permettant de trouver facilement l'endémicité d'une région et de se référer ensuite, pour les détails individuels, au premier fichier.

La déclaration des cas de lèpre et des suspects est obligatoire.

L'isolement peut se faire soit :

— dans un quartier spécial de certaines formations sanitaires;

— dans une léproserie agréée : en tout 19 centres;

— à domicile, mais alors à moins de 5 kilomètres d'un centre de dépistage.

Certaines professions sont interdites aux lépreux.

Ajoutons, pour être complet, la création récente, au cours de 1938, d'un centre agricole à Ampasy, à 10 kilomètres de Fort-Dauphin. L'administration a demandé aux Sœurs de Saint-Vincent de Paul de s'en occuper. Les lépreux, attirés par leurs soins, ont construit eux-mêmes leurs paillottes. Ils sont déjà 50.

Les léproseries. — Il y a donc actuellement deux léproseries catholiques fonctionnant normalement à Madagascar, et une troisième en formation. Toutes trois sont comprises sur le modèle colonie agricole, avec quelques variantes.

FARAFANGANA est la plus ancienne.

Les débuts furent modestes. Sur les propositions de M. Bénévent, administrateur de la province, Mgr Crouzet commença l'œuvre avec 25 hectares de terrain inculte, 15 à 20 bœufs, une subvention unique de 1.800 francs et l'assurance de 5 francs par mois et par malade. Les travaux furent menés activement; moins de trois mois après, la léproserie pouvait être officiellement ouverte, le 10 mars 1902. Dès le mois de mai, 60 lépreux y étaient hospitalisés.

D'abord, 2 infirmières se dévouèrent près d'eux.

Puis, le 20 février 1903, les Filles de la Charité en prirent la direction.

Description. — L'établissement se trouve situé sur la rive droite de la Manambato, sur un terrain en collines douces, dont les mamelons servent aux habitations, les parties basses aux rizières. Le coteau est exposé aux vents d'Est et du Sud de mai à octobre, à ceux du Nord et du Nord-Est d'octobre à mai. Mais la forêt, qui borde la léproserie à l'Est et au Sud, protège les malades contre la fraîcheur trop vive des vents. Le choix de l'emplacement est vraiment heureux. On y accède par deux voies. La principale, venant de Farafangana, traverse la rivière près du village d'Ambahibe. La seconde route, au sud de Farafangana, permet la traversée du cours d'eau en bac et non plus en pirogue.

Une avenue traverse la léproserie du Nord au Sud, bordée d'arbres variés. A droite et à gauche, des jardins de fleurs multicolores entourent les bâtiments. Les lilas de Perse, eucalyptus, cocotiers, orangers et mandariniers y poussent facilement. A droite de l'avenue principale, s'échelonnent : le logement des Sœurs, la chapelle, le réfectoire avec l'office et le grenier à riz; puis le logement des demoiselles infirmières, les cases pour enfants de lépreux non contaminés, des magasins divers, enfin l'église des lépreux et le cimetière. A gauche de l'avenue, se trouvent 6 villages de 18 cases, séparés les uns des autres par une route bordée de haies vives. Le village des grands infirmes et impotents est le plus rapproché des bâtiments d'ad-

ministration. Chacun est centré par une salle de pansements. Les cases, correctement alignées, sont distantes les unes des autres de 10 mètres environ. Édifiées sur un modèle uniforme, elles ne diffèrent pas des habitations indigènes ; surélevées de 0 m. 50 au-dessus du sol, avec véranda sur deux façades. Pour la construction, on a employé le « falafa » du pays.

Une maison d'isolement pour les cas possibles de maladies contagieuses et une chambre mortuaire ont été construites en dehors de ces villages. Ceux-ci ne peuvent guère avoir de relations avec l'extérieur.

Organisation. — Les malades sont amenés à la léproserie par les soins de l'administration sanitaire. Leur nombre varie entre 200 et 400. Ils étaient 315 en 1936.

Chaque lépreux arrive avec sa fiche individuelle. Il est immédiatement admis et va s'installer dans le village de sa tribu. A son entrée, il reçoit une couverture de laine grise et une blouse avec ceinture s'il s'agit d'un homme; une blouse avec « lamba » s'il s'agit d'une femme. A part la couverture de laine, ce modeste vestiaire est renouvelé chaque année.

Les célibataires peuvent s'organiser en petites communautés d'hommes ou de femmes. Les ménages continuent leur vie conjugale, mais les enfants qui naissent à la léproserie sont séparés de leurs parents, afin d'éviter la contagion. Après cinq ans d'observation à la garderie de l'établissement, ceux qui paraissent indemnes sont placés à l'orphelinat de Farafangana, tenu par des Sœurs de Saint-Vincent de Paul,

où ils restent sous surveillance médicale. Les mariages entre lépreux sont autorisés s'ils offrent des garanties suffisantes de persévérance.

Les organisateurs se sont ingéniés à changer le moins possible les vieilles habitudes des hospitalisés. Il faut les amener à se plier aux règles de l'hygiène et, de ce fait, à certaines coutumes européennes. Puis, désormais, des tribus différentes devront vivre côte à côte : Antaisaka, Antaifassy, Antaimoros et Baras... Afin de pouvoir exiger les concessions indispensables à cette vie commune, on cherche à rendre la vie attrayante à ces infortunés.

Les hommes travaillent aux champs, où ils cultivent selon leur goût, riz, manioc, haricots, patates... dont le produit leur revient entièrement. A son arrivée dans l'établissement, chacun reçoit en prêt une parcelle de terrain dont il reste détenteur tant qu'il veut s'en occuper.

Les femmes s'emploient à la propreté des cases, à leur basse-cour, à la confection de nattes et à tous travaux de ménage.

Les enfants lépreux vont à l'école tenue par une Sœur.

Le problème de la cuisine a été résolu de manière à convenir au mieux aux malades. Ceux qui sont assez valides se font leur cuisine particulière ; les autres sont assistés, sous le contrôle d'une Sœur. Les aliments sont distribués vers dix heures : tous les jours, ration de riz, une ou deux fois par semaine, légumes verts, trois fois par mois ration de viande.

La quantité d'aliments frais semble donc médicalement très insuffisante. Mais il ne faut pas oublier que chaque malade peut agrémenter son menu quotidien par le produit de sa culture ou de son élevage. Les Sœurs veillent à ce que les moins favorisés se trouvent avoir tout de même une ration proportionnée à leurs besoins. Somme toute, cette alimentation est supérieure à celle des indigènes de la contrée.

La visite médicale a lieu dans l'après-midi. Les malades se présentent régulièrement aux pansements et soins divers. Le traitement de base est l'huile de chaulmoogra employée sous forme d'éther éthylique en injections intramusculaires. Mais nous n'avons pu recueillir aucun renseignement sur les résultats obtenus.

Dans cet asile, les lépreux se montrent satisfaits. Ils le prouvent en maintes circonstances. Le dévouement des Sœurs touche ces infortunés. Pour eux, la consolation, la joie, ne sont plus des étrangères inconnues; ils sont soignés et se sentent aimés, choyés.

MARANA est le type de l'effort de l'Eglise catholique en faveur des lépreux. Son histoire est trop intéressante pour la passer sous silence.

En 1898, quand le R. P. Beyzym vint à Ambahivoraka, il trouva une petite agglomération de 150 lépreux dans un dénuement extrême : quatre grandes baraques avec, au centre, le logement du Père aumônier et une petite église. Les baraques sont des réduits sans fenêtres ni plancher, recevant le jour unique-

ment par la porte. Pour seul ameublement, des nattes. Dans un angle, on allume le feu pour faire cuire le repas, et la fumée s'accumule à l'intérieur de la pièce. Les lépreux se couvrent d'un vieux sac trouvé dans quelque coin et reçoivent pour toute nourriture un litre de riz par semaine, juste de quoi ne pas mourir de faim. Ni remède ni pansement; pas de médecin ni d'infirmier; cependant, la syphilis, la gale et les parasites de toute sorte s'associent à la lèpre dans ces pauvres corps. A son arrivée, le Père Beyzym doit cumuler les fonctions : chapelain, fermier, sacristain, jardinier, docteur. Il donne les premiers soins et bande les plaies au grand étonnement des malades. Bientôt, l'effrayante mortalité du début s'abaisse. Mais le missionnaire cherche mieux : il intéresse ses compatriotes polonais au sort des infortunés dont il s'occupe et parvient à réunir les fonds nécessaires pour leur bâtir un asile convenable. En 1903, les premiers travaux commencent à Marana; ils ne s'achèvent qu'en 1911. Mais alors, la léproserie est en mesure d'assurer aux hanséniens une existence matérielle confortable, premier traitement et non négligeable de la lèpre. Elle est vaste, parfaitement aménagée. L'eau y arrive claire et abondante et est distribuée partout.

L'établissement est conçu sur le type hospice agricole, avec séparation des sexes. Deux grands bâtiments carrés (un pour les hommes, un pour les femmes) comportent chacun 6 dortoirs, 1 cuisine, 1 réfectoire, des bains. Toutes les salles sont planchéiées.

Les lits, grande innovation, surtout en 1911, présentent, en plus de la natte indigène, une pailleasse sur cadre de bois. Dans les lavabos, à eau courante, les robinets à vis sont remplacés par ceux à tige de fer, afin d'en faciliter la manœuvre aux moignons mutilés. (Il fallut, au début du fonctionnement de la léproserie, apprendre aux malades à se servir des tables et bancs du réfectoire, des lits et robinets, tant cela était nouveau pour eux.) Une pharmacie, une salle de pansement et une salle d'opération, parfaitement installées, rendent les plus grands services.

Depuis, des agrandissements et perfectionnements ont été réalisés, toujours selon la même idée directrice : salle de désinfection... Actuellement, Marana offre asile à 160 lépreux.

Organisation. — La léproserie, de bienfaisance privée, était, avant l'arrêté du 13 avril 1935, entièrement administrée par la Mission catholique, qui subvenait seule à ses besoins. Depuis l'arrêté, elle est soumise à l'inspection du service organisé. La direction de l'établissement est confiée au R. P. Decès, docteur en médecine de la Faculté de Paris. C'est lui qui procède à l'examen médical à l'entrée, examen bien nécessaire pour éviter les fraudes et écarter les faux lépreux, attirés par le bien-être qu'ils savent trouver ici.

Le nouvel hospitalisé est conduit au bain, et reçoit le linge de l'hôpital marqué au numéro du lit qu'il va occuper. Ses vêtements lui sont rendus après désinfection.

A Marana, le travail fait partie du régime hygiénique du lépreux. « Il est très intéressant de suivre celui qui travaille régulièrement, dit à ce propos le R. P. Loiselet, docteur en médecine lui aussi. De jour en jour, ses forces remontent, l'appétit augmente, le sommeil devient excellent et réparateur. Ce travail est, en outre, un moyen indispensable de moralisation. » Aussi, les hommes s'emploient-ils aux travaux des champs dans la mesure de leurs forces. La léproserie a 500 hectares boisés. Au flanc des deux montagnes qui l'enserrent au Nord et au Sud, s'échelonnent les jardins des lépreux, arrosés par de jolis ruisseaux et plantés de manioc, patates, citrouilles, etc... Les légumes ainsi récoltés servent à améliorer leur ordinaire. Les femmes cuisinent (il y a trois repas par jour, soit un de plus que pour les Malgaches en général), aident à la buanderie, quand elles le peuvent, ou à la lingerie, sous la direction d'une Sœur. Enfin, d'autres s'adonnent au tissage de nattes ou de corbeilles.

Tous sont rétribués par un salaire proportionné à leurs travaux.

Le traitement est dirigé par le R. P. Decès et exécuté par trois Sœurs de Saint-Joseph de Cluny, aidées de quelques malades moins touchés et plus intelligents que les autres. L'huile de Chaulmoogra, et surtout les injections d'éthers éthyliques, sont administrées régulièrement. L'iode et l'arsenic sont employés à titre d'adjuvants. Pour les pansements, les Sœurs obtiennent de bons résultats avec les antiseptiques.

tiques ordinaires : teinture d'iode, oxycyanure de mercure, bleu de méthylène et le crésyl d'abord étendu d'eau. Mais si on obtient des améliorations sensibles, aucune guérison n'est encore enregistrée.

Ce qui frappe dans cette léproserie, c'est l'atmosphère de joie qui baigne tout et se dégage même des malades les plus atteints. « On y est ravi », déclare un témoin oculaire. Cependant, ce n'est pas le bien-être matériel qui puisse être seul responsable de ce bonheur. Un médecin inspecteur du service de santé déclarait bien, il y a quelques années, n'avoir jamais trouvé de léproserie si bien organisée et disciplinée; mais comment supprimer toutes les souffrances inhérentes à une si terrible maladie? Le R. P Directeur n'avoue-t-il pas lui-même n'avoir obtenu aucune guérison?

Mais voilà la merveille de la charité chrétienne :

« L'esprit du Saint fondateur est resté vivant à Marana : nos chers infortunés, qui presque tous nous arrivent païens, sont rapidement pénétrés d'une très vive piété et animés d'une charité fraternelle peu ordinaire. »

Les soins dévoués dont ils sont l'objet de la part des Sœurs infirmières, l'affection et le respect qu'on leur porte, les touchent plus que les réjouissances organisées pour eux à l'occasion des principales fêtes de l'année. Ils retrouvent ici leur dignité humaine que leurs parents eux-mêmes leur avaient refusée parce que la lèpre en faisait un déshonneur pour la famille. Cela, ils en éprouvent le sentiment profond bien que

souvent inconscient, à comparer l'attitude de ce Père et de ces femmes venus d'Europe pour les soigner, avec celle de leurs proches qui les renient. La reconnaissance monte dans leur cœur, et s'épanouit en joie souvent débordante, lorsqu'ils apprennent qu'ils peuvent encore être utiles pour tous. Avec la possibilité, et surtout la compréhension du travail à leur portée, les Sœurs leur apprennent la douceur des échanges surnaturels : leur âme s'ouvre à la vraie vie.

Cet apaisement, cette joie, cette utilisation, n'est-ce pas déjà faire œuvre médicale et sociale? Cependant, on cherche à faire mieux. Les résultats des traitements employés jusqu'alors ont quelque peu découragé le Père Decés; la raison de cet insuccès réside surtout dans le fait que les malades arrivent à la léproserie à un stade avancé. Mais il conserve néanmoins l'espoir qu'un jour sera découvert le remède constamment efficace, et il suit avec grand intérêt les travaux sur cette question. Du reste, dès 1912, le R. P. Loiselet, étudiant sur place les problèmes posés par la maladie de Hansen, soulevait les questions suivantes :

— Peut-on laisser les lépreux qui vont très bien en contact avec les grands malades très infectieux?

— Peut-on les empêcher de fonder une famille?

— Peut-on se désintéresser des centaines de lépreux qui attendent aux portes?

Et il répondait : le complément indispensable à l'hospice est un village de lépreux avec maternité pour préserver les enfants.

La question financière n'a pas permis de réaliser un souhait tellement conforme à nos conceptions actuelles de la lutte contre la lèpre; mais il persiste, conservant à Marana la jeunesse des œuvres en voie de perfectionnement.

INDOCHINE

HISTORIQUE.

..

En 1802, l'empereur Gia-Long, conseillé par un médecin français, Despiaux, tenta un premier essai d'organisation d'assistance médicale aux indigènes. Il créa d'abord le service médical du palais impérial à Hué; puis, en 1809, il institua le corps des Luong-Y, médecins provinciaux, et fonda des établissements, appelés Duong-Té-Su, pour recevoir les malades, vieillards, incurables, infirmes et indigents. Les lépreux, d'abord reçus dans ces établissements, furent plus tard organisés en villages spéciaux, où ils menaient la vie commune aux autres indigènes, avec leurs mandarins, leurs bonzes, leurs pagodes, mais avec obligation de rester isolés des autres villages et de ne pas circuler par les chemins.

Ces sages prescriptions ne furent pas suivies par les successeurs de Gia-Long. Les lépreux se mirent à mendier le long des routes et sur les marchés, n'hésitant pas à poser leurs mains ulcérées sur l'objet de leur choix, qui leur était alors abandonné; personne ne l'aurait plus acheté. Ils étaient encore choisis par les créanciers pour recouvrer les dettes de leurs dé-

biteurs. Ils s'en allaient chez ceux-ci et s'installaient dans leur maison ou à leur porte jusqu'à ce que tout l'argent dû soit acquitté. Ils devinrent un véritable danger pour la population.

Ainsi, les Missions catholiques furent-elles amenées à reprendre à leur compte l'ancienne organisation. Les Pères des Missions Etrangères de Paris groupèrent quelques lépreux à proximité de leurs missions (1), leur assurant l'indispensable, les soignant tant bien que mal, limités par les modestes ressources dont ils disposaient. Le R. P. Ng-Hiem dirigea effectivement l'établissement de Nam-Dinh. Les RR. PP. Landais, puis Trinh, se chargèrent de la léproserie de Hanoï. Ailleurs, c'est la fondation de Ke-Vinh et Taï-Bin, dans le Tonkin, etc...

En 1860, l'administration française commença à subventionner la plupart des œuvres sociales des missionnaires et, plus tard, quand un service médical s'organisa dans les provinces, les premières léproseries officielles furent les anciennes léproseries des Missions. Mais, peu à peu, plusieurs furent supprimées ou réunies à d'autres strictement gouvernementales.

L'armement anti-lépreux actuel de l'Indochine se compose de :

- b) 14 colonies agricoles ou villages spéciaux;
- a) 1 léproserie-asile : Culao-Rong;

(1) Dans les pays qui relèvent de la Propagation de la Foi, on appelle communément « mission » l'emplacement et les bâtiments des œuvres édifiés par les missionnaires.

c) des pavillons de traitement dans les hôpitaux de l'Assistance. Le plus important est celui de l'hôpital René-Robin, à Hanoï, qui dispose de 90 lits, strictement réservés aux hanséniens.

Les Missionnaires catholiques se dévouent dans 5 de ces formations. Ce sont, pour l'Annam :

Thanh-Hoa, avec les Sœurs de Notre-Dame des Missions;

Daktia;

Djiring, avec les Filles de la Charité (Sœurs de Saint-Vincent de Paul);

Qui-Hoa, avec les Franciscaines Missionnaires de Marie.

Dans toutes les quatre, les aumôniers sont des Pères des Missions Etrangères de Paris.

Pour la Cochinchine :

Culao-Rong, avec les Sœurs de Saint-Paul de Chartres.

Aperçu général. — La réglementation de la lutte contre la lèpre dans la colonie dérive du décret du 11 décembre 1928, concernant la protection de la santé publique en Indochine (Art. 6 et 9). Il a été adapté à chaque province par les arrêtés des Résidents supérieurs.

Pour le Tonkin, arrêté du 7 août 1929;

Pour le Laos, arrêté du 13 mai 1930;

Pour l'Annam, arrêté du 22 août 1930;

Pour la Cochinchine, arrêté du 9 septembre 1930;

Pour le Cambodge, arrêté du 4 novembre 1930.

En principe, la déclaration de la lèpre et la ségré-

gation des lépreux sont obligatoires. L'isolement se fait soit dans des léproseries-asiles ou colonies agricoles, soit à domicile si le hansénien n'est pas contagieux et présente des ressources suffisantes; mais ce n'est là qu'une concession destinée à être exceptionnelle, car l'isolement à domicile offre moins de sécurité que la ségrégation dans les colonies agricoles régionales. Du reste, les indigènes, très inconstants vis-à-vis du traitement dans les dispensaires, s'adaptent très facilement à la vie dans les villages spéciaux. En 1936, 4.057 étaient volontairement internés. La population environnante les regarde avec envie, et lors du Têt⁽¹⁾, des miliciens doivent garder les villages pour les défendre de tout acte de piraterie. C'est que, jusque-là repoussés de partout, ils sont logés, soignés, ne paient pas d'impôts, et reçoivent pour leur nourriture une allocation variable avec le prix de la vie. Sortis du déshonneur dans lequel on les tenait, ils peuvent se marier, retrouvent une personnalité et un rang social; parfois même, ils deviennent assez frondeurs. Ceux qui s'évadent au début, rentrent vite, souvent sous un autre état civil : mais ces évasions se font de plus en plus rares. Les enfants, il est vrai, sont séparés des parents dès la naissance. Elevés quelque temps à la léproserie, ils sont ensuite confiés, soit à des familles saines, soit à des établissements charitables, et restent soumis à

(1) Le Têt est la fête du jour de l'an annamite. La coutume veut qu'alors, même le plus pauvre trouve coûte que coûte des ressources pour festoyer et offrir quelque cadeau sous peine de « perdre la face ».

la surveillance médicale. Ainsi, au Tonkin, dès avant 1930, 72 enfants de lépreux avaient été élevés à la Mission catholique (Asile Saint-Antoine) et 7 placés dans des familles indigènes recommandables.

Les résultats prophylactiques et sociaux obtenus en Indochine le sont en grande partie grâce à la collaboration efficace de la Mission catholique, dont le dévouement s'est toujours prodigué pour une si belle œuvre. Nous allons le voir à présent.

Les Léproseries

Tonkin

Actuellement, aucune léproserie n'est confiée à la Mission, mais nous venons de voir que les Pères des Missions Etrangères de Paris ont formé et gardé longtemps la direction des premiers établissements pour hanséniens :

KE-VINH, nommé communément le village de Job, dans le Tonkin occidental;

NAM-DINH, dans le Haut Tonkin. Elle avait été d'abord ouverte par le Gouvernement en 1849. Conçue sur le type de village d'isolement⁽¹⁾, elle était construite près d'un cours d'eau. Confiée à la Mission catholique par suite du désordre qui s'y était intro-

(1) Le village spécial pour lépreux est différent de la colonie agricole en ce sens que, dans cette dernière les malades sont assistés et traités, tandis que dans le premier ils sont seulement réunis entre eux et isolés.

duit, elle fut reprise par l'Administration en 1898 et n'existe plus aujourd'hui.

SONTAY, à plusieurs dizaines de kilomètres de Hanoï.

Fondée et entretenue par le Vicaire Apostolique de la province sur le type hospice. Cet asile disparut durant ces dernières années, par suite de la création d'un établissement officiel à Hanoï.

TE-TRUONG, ancien village du Mui, à 11 kilomètres de Hanoï, bâti sur un terrain d'alluvions, dans un coude du Fleuve Rouge. Tout d'abord administrée par la Mission catholique, elle fut, en 1905, rattachée à l'hôpital indigène du Protectorat. Les Pères des Missions Etrangères ne se désintéressèrent pas de leurs anciens protégés, les aidant de leur mieux par leur ministère et leurs aumônes, tant que la léproserie subsista. A cause des inondations, elle fut supprimée vers 1930. Il y avait encore 685 malades internés en 1927.

En ce qui concerne les autres léproseries, nous n'avons pas de documents assez précis pour conclure que les Pères y aient joué un autre rôle que celui d'aumôniers. Cet office est le seul pour lequel ils soient admis désormais dans les maladreries tonkinoises. Mais, par là, ils conservent chez leurs occupants cette confiance dans la vie qui faisait dire à un observateur de Te-Truong, vers 1920 (alors que le Père Cantaloube s'y dévouait) : « Je ne connais pas de village plus gai dans tout le Tonkin ».

Annam

L'Annam possède quatre colonies agricoles officielles. Dans chacune, nous trouvons la Mission catholique.

THANH-HOA, à 3 kilomètres de la ville de même nom, chef-lieu de province. Fondée en 1898, par Mgr Marcou, elle reçut, à ce moment, un premier contingent de lépreux dans quelques paillottes provisoires. Peu à peu, l'établissement se peupla. On construisit alors des maisons couvertes en tuiles et une petite église.

Les bâtiments comportent 5 longs rez-de-chaussée, divisés en compartiments carrés pouvant loger trois ou quatre personnes. Les hanséniens ne sont pas strictement enfermés dans l'enceinte de l'établissement. Ils peuvent en sortir pour vaquer à leurs affaires, sans toutefois pénétrer en ville ou importuner les villages voisins. Ils reçoivent tous les quinze jours une piastre et s'arrangent pour vivre avec ce peu. Les plus valides cultivent quelques arpents de rizière à l'entour de la léproserie.

Pendant quinze ans, la Mission fit seule face aux dépenses, grâce au secours d'aumônes privées. Depuis 1913, elle reçoit de l'Administration tonkinoise une subvention qui, d'abord globale : 300 piastres, a été successivement augmentée, puis proportionnée au nombre de lépreux admis.

A son entrée, chaque malade est examiné par le médecin chargé de l'établissement. Le traitement, bien que donnant des résultats sérieux, était rarement

accepté volontiers en 1932. Il serait mieux suivi actuellement. On utilise surtout l'huile de Chaulmoogra et le bleu de méthylène, en injections intraveineuses.

Le nombre des hospitalisés n'a cessé de s'accroître. Ils étaient 10 à la fondation en 1898; 77 en 1923 et 160 en 1936.

DAKTIA, en pays Moï, à quelques kilomètres de Kontum.

En 1920, M. Jérusalémy permit aux Pères des Missions Etrangères de Paris d'entreprendre la création de ce village de lépreux. La direction morale en fut assumée par le curé de Phuong-Hoa et l'organisation par les médecins indochinois de Kontum.

Il n'y eut d'abord que trois paillottes, où se réfugièrent 5 lépreux annamites; mais, rapidement, d'autres cases s'élevèrent. En 1926, un grand bâtiment était inauguré pour les enfants et les femmes; la léproserie avait une infirmerie de 20 lits et une chapelle.

Elle est conçue sur le type colonie agricole si bien adapté au caractère annamite. Les lépreux valides s'adonnent à la culture et à la pêche. Les soins sont assurés par les Pères, sous la direction du médecin de Kontum, qui vient deux fois par mois pour les examens médicaux. Un procédé employé par les Pères (ce renseignement date de 1931) est la brûlure de toute tache anesthésique douteuse dès son apparition par de l'amadou incandescent. Cette thérapeutique mérite d'être signalée : elle rappelle l'ancien

fer à repasser si prôné autrefois, et donne d'excellents résultats à Daktia. Un infirmier laïc vient actuellement deux fois par semaine, et les Sœurs de Saint-Vincent de Paul, si désirées, parcourent régulièrement, à chacune de leurs visites, les dix kilomètres qui les séparent de la léproserie, en attendant qu'elles soient assez nombreuses pour pouvoir s'y fixer. A l'entour, les Pères connaissant au mieux les coutumes et la langue moi, introduisent chez les indigènes des habitudes d'hygiène et la confiance dans la thérapeutique européenne : résultat admirable pour ces tribus. Là aussi, les bénéficiaires conservent le goût de l'action et le désir de vivre.

L'Administration annamite n'est pas restée étrangère à la belle œuvre des Pères : elle accorde pour chaque malade une indemnité fixe, les médicaments nécessaires et, périodiquement, une couverture et une natte.

DJIRING, également en pays moi, fut ouvert le 11 avril 1928.

Vers la fin de l'année 1927, le R. P. Cassaigne, des Missions Etrangères de Paris, rencontra en forêt un groupe de malheureux lépreux mutilés et repoussants, chassés de tous les villages ou habitations. Il s'émut de cette misère, informa l'Administration du Protectorat de l'Annam, et lui offrit ses capacités d'infirmier et son dévouement. Le Gouvernement proposa une subvention, et la léproserie fut créée. Grand fut l'étonnement des malades quand ils se virent

accueillis, reçurent des vivres, une couverture, une natte, un habit neuf... Leur nombre s'accrut peu à peu : ils étaient plus de 100 en 1935.

Ce village de ségrégation conserva son aspect moi, avec ses cases sur pilotis de style indigène, ses rues, sa place publique et son église. La chapelle se trouve à l'entrée, l'infirmerie au centre de l'agglomération. Un chef lépreux, choisi par le Père directeur, est chargé de la bonne tenue du village.

Les soins sont donnés, depuis février 1938, par trois Sœurs de Saint-Vincent de Paul : une Française et deux Annamites. Le traitement a pour base le Chaulmoogra sous forme de comprimés de savon de Krabao. Mais l'inconstance des malades a entraîné jusqu'à présent beaucoup d'insuccès. Du reste, plus de la moitié des ségrégés sont de grands invalides qui doivent être pansés dans leur paillote.

Cependant, les résultats obtenus dans ce village et celui de Daktia (en pays moi tous les deux), peuvent être considérés comme merveilleux si l'on tient compte des circonstances locales.

En 1930, les docteurs Gaide et Bodet écrivaient dans leur rapport, présenté à l'occasion de l'Exposition de Paris :

« En raison de l'éloignement de ce village de tout centre, et du caractère sauvage et craintif de ses habitants, les soins médicaux et matériels à ces lépreux sont assurés par le seul missionnaire fondateur auquel il est fourni des médicaments, objets de pansements et une subvention. »

Pour les indigènes, la lèpre est une maladie « qui marche avec la vie ». Elle tue lentement, comme la vieillesse. Ils savent très bien relier l'apparition de la première tache anesthésique avec la succession d'accidents qui les amènera presque toujours à la déchéance organique et aux lésions mutilantes, mais ils ne connaissent pas les formes rapides. Ils s'isolent de famille à famille, mais pas à l'intérieur de la famille où le lépreux est toléré tant qu'il peut travailler : ensuite, il est chassé du village. Mais il ne s'adresse à l'établissement hospitalier qu'après avoir été repoussé de partout, avoir abusé de la charité publique, et lorsqu'il est incapable de se traîner pour vagabonder.

Avant que les Pères s'occupassent d'eux, ils se pansaient avec des poudres de feuilles et prenaient par voie buccale, une macération de deux racines de plantes dont ils n'ont fourni que les feuilles. Il y a quelques années, un médecin laotien leur faisait boire une huile : la description de l'arbre d'où provenait cette huile fait penser au Krabao.

Le Père Cassaigne, auteur d'un dictionnaire français-annamite-koho, connaissait à fond les coutumes moi lorsqu'il entreprit de les soigner. Il usa de thérapeutiques externes : bains de permanganate, poudre de quinquina sur les plaies, teinture d'iode, liquide de Dakin, et il entreprit de faire pénétrer un peu d'hygiène dans les mœurs courantes : lutte contre la saleté repoussante, contre le paludisme particulièrement sévère dans une région aux variations de

température excessives... Cependant, les femmes refusaient de se laisser examiner suffisamment et, de ce fait, ne pouvaient être soignées que partiellement. La récente installation des Sœurs de Saint-Vincent de Paul à Djiring permettra de remédier à cette insuffisance.

Les lépreux réunis là sont gais. « Je n'aurais jamais cru pareille chose; cela fait du bien à voir », disait un visiteur. Une entente parfaite règne entre ces hommes frappés d'une cruelle maladie. Les plus valides cultivent quelques fruits et légumes. Les autres vont dans la forêt chercher des pousses de bambous et des crosses de fougères. Les plus atteints sont aidés par les ingambes qui font leur feu, préparent leurs repas. Quatre à cinq fois dans l'année, au moment des réjouissances moï, il y a fête. Le Père distribue gâteaux, pipes, cigarettes, un peu d'alcool, et donne une séance de Pathé-Baby.

Ainsi progresse peu à peu l'action civilisatrice de la France, en même temps que se développe la confiance.

Qui-Hoa est la plus importante des léproseries de l'Annam, celle du Protectorat, gérée par la Mission catholique, avec l'aide de 6 Sœurs Franciscaines Missionnaires de Marie, pour les soins à donner.

Historique. — En 1927, le docteur Le Moine, médecin-chef de la province de Binh-Dinh, ému par la

grande pitié des lépreux en Annam, et conscient de son rôle d'hygiéniste, décidait de créer une léproserie colonie agricole. Le plan exposé à la Commission d'hygiène était approuvé par elle, mais les démarches du médecin restaient sans résultat. C'est alors qu'il rencontra le R. P. Maheu, de la Société des Missions Etrangères de Paris. Consumés du même désir, le docteur et le missionnaire se rendirent ensemble à l'évêché, où Monseigneur Granjean proposa pour cette œuvre l'aide du R. Père Maheu et la vallée de Qui-Hoa. Bientôt un accord était signé entre la Mission et le Gouvernement.

En 1929, grâce aux aumônes recueillies et aux secours alloués par l'Administration, la léproserie était fondée. En 1932, six Sœurs Franciscaines Missionnaires de Marie prenaient définitivement, au nom de la Mission, direction de l'asile, dont le Protectorat conserve la propriété. Enfin, le 13 novembre 1934, un arrêté fixait les conditions dans lesquelles tous les malades de l'Union indochinoise pourront être admis à Qui-Hoa.

Situation. — Située à 6 kilomètres à l'ouest de Qui-Nhon, dans une vallée fermée de trois côtés par la montagne (contreforts de Cie-Mong) et s'ouvrant sur la mer par une belle plage de sable fin, la léproserie n'est reliée à Qui-Nhon que par une seule route franchissant un col assez raide. Le paysage est enchanteur. La terre, fertile, est couverte de champs d'arachides et de patates en bordure de la montagne, de

rizières au centre, d'une cocoteraie auprès de la mer. Au dessous des cocotiers et des bananiers, fleurissent les pervenches de Madagascar, pervenches des sables et des miséreux. A l'embouchure d'une petite rivière, on a installé depuis peu une pêcherie.

Salubrité. — Abritée des vents froids du Nord par la montagne, la vallée reçoit, en été, la brise rafraîchissante du large. La température oscille, suivant la saison, de 20 à 30°, sous un ciel presque toujours clair. Le paludisme endémique y est inconnu : les eaux de ruissellement sont bien drainées l'hiver, l'été est sec. Dès les premières pluies, on pratique le mazoutage des canaux. Les lépreux impaludés de la brousse, après trois mois de séjour et de traitement à l'infirmerie, paraissent jusqu'à présent à l'abri des rechutes et des réinfections. Les Sœurs n'ont encore jamais présenté d'accès fébriles.

Organisation. — Le contrat passé entre le Gouvernement et la Mission établit que l'Administration reste propriétaire des bâtiments, procure le médecin (médecin-chef de Qui-Nohn), fournit mensuellement 5 piastres (1936) par lépreux hospitalisé. Les Sœurs font le reste, c'est-à-dire soignent les malades, achètent les médicaments, entretiennent la léproserie. Telle est leur influence que plus de 400 lépreux vivent aujourd'hui (1936) à Qui-Hoa, attachés profondément à leur nouveau village, refusant de le quitter, même pour retourner à la patrie d'origine.

Locaux. — Les premiers bâtiments furent, en grande partie, détruits peu de temps après leur construc-

tion par le typhon de 1933. Sans se laisser abattre, la Mission se remit à l'œuvre. Actuellement, la léproserie est divisée en 16 quartiers. L'un groupe la section hospitalière :

1 hôpital, comprenant 2 pavillons (1 pour les hommes, 1 pour les femmes) de 50 lits chacun, permet d'hospitaliser les malades gravement atteints.

1 maternité, avec 1 crèche complètement isolée, où les enfants de lépreux sont admis dès la naissance et définitivement séparés de leurs parents.

Le laboratoire, la pharmacie, le dispensaire et une buanderie mécanique font partie de ce premier groupe.

Un autre quartier est réservé aux locaux administratifs : bâtiments de la direction confiée aux Pères des Missions Etrangères et déléguée aux Sœurs, église, salle de réunions, cinéma, ferme modèle, petite usine électrique, bureaux.

Tous les autres quartiers sont lotis entre les lépreux, célibataires ou en ménage, afin que chacun ait sa maison, sa rizière, son jardin. Les habitations, bien alignées, aux murs de torchis blanchis à la chaux sont recouvertes de chaume : une petite cuisine est annexée à chaque case.

Technique. — Le médecin-chef de la province de Binh-Dinh dirige les traitements appliqués par sept Sœurs infirmières. Elles-mêmes donnent tous les soins aux lépreux, font les piqûres, renouvellent cha-

que jour et au besoin deux fois par jour les pansements. « Aussi bien, la propreté des salles, l'absence de toute odeur putride, frappent le visiteur ». (Trégouet.)

En dehors des médications employées pour relever l'état général et lutter contre les maladies surajoutées, la thérapeutique la plus employée est l'huile de Chaulmoogra. Elle donne des résultats nettement supérieurs à tout autre médicament. Le malade la reçoit sous l'une des formes suivantes :

1° Per os : en commençant par X gouttes pour arriver à un minimum de C gouttes par jour, aussi longtemps qu'il peut la supporter;

2° En injections sous-cutanées de 3 cc. d'huile neutralisée, deux fois par semaine;

3° En injections intraveineuses suivant la méthode de Labernardie;

4° Savons de krabao : comprimés de l'Institut Pasteur de Saïgon, en commençant par 4 par jour;

5° Enfin, on utilise le bleu de méthylène intraveineux, selon la technique de Montel.

Les résultats obtenus sont semblables à ceux des établissements similaires.

Les lépreux d'Annam viennent librement et restent volontairement à Qui-Hoa. Ils étaient 363 en décembre 1935 et sont actuellement plus de 400. « Ils respirent la joie de vivre » (Sorel), car la léproserie colonie agricole libre répond à un besoin psychologique. Un malade reste indéfiniment sans peine à l'hôpital dès qu'il sait pouvoir en sortir au jour qu'il lui plaira.

Mais, de plus, ils sont attirés par la charité rayonnante et toute surnaturelle des Sœurs : ce trait est noté par tous ceux qui se sont intéressés à l'établissement. Dès 1930, les docteurs Gaide et Bodet disaient, dans leur rapport : « Qui-Hoa ouvre la voie du progrès et servira de modèle aux léproseries qui seront ultérieurement construites en Annam. » Les années écoulées depuis ont confirmé cette appréciation.

Cochinchine

Le docteur et abbé, dom Sauton, en 1900, notait 6 léproseries tenues par les Sœurs de Saint-Paul de Chartres. Actuellement, la Cochinchine ne possède qu'un établissement spécial contre la lèpre.

CULAO-RONG. — C'est une léproserie du type mixte, à la fois asile et colonie agricole. Elle recueille les lépreux impotents ou dénués de moyens d'existence.

Historique. — Créée par arrêté du 14 mai 1903, elle fut placée dans une île du Mékong, en face de la ville de Mytho, dite « Culao-Rong » ou île du Dragon. Le passage de la ville à la léproserie nécessite une traversée de vingt minutes en canot à vapeur; l'Administration pensait assurer ainsi un meilleur isolement des malades. Malheureusement, le Mékong érode régulièrement les berges; le terrain disponible primitivement de 4 kilomètres de long sur 400 mètres de large, s'est considérablement réduit. Il a fallu envisager dernièrement, à la Commission consulta-

tive de la Lèpre, les mesures à prendre pour remplacer la léproserie quand elle viendra à manquer.

Les débuts furent pénibles. Malgré les efforts des Sœurs de Saint-Paul de Chartres, l'asile était encore dénué de tout lorsque, le 1^{er} janvier 1904, les 10 premiers lépreux y entrèrent. Il n'y avait pas de natte ni de couverture pour dormir, pas de médicament ni de linge à pansement; pour boisson, l'eau du fleuve.

Rapidement, la léproserie s'organisa. Les lépreux se mirent au travail : pêche, jardinage. Ils reprirent goût à la vie et, en quelques mois, les esprits se calmèrent, les visages se rassérénèrent. Au mois de mars, les malades étaient déjà une centaine. Deux mois plus tard, en mai, un cyclone renversait plusieurs grandes paillottes de malades, dont deux furent écrasés. Les lépreux et le personnel de l'établissement se réfugièrent dans la maison des Sœurs privée de son toit et des plafonds. L'eau monta à mi-jambe. Les meubles, le linge, tout fut inondé. A la suite de ce terrible événement, le Gouvernement de l'Indochine se plut à féliciter les religieuses de leur belle conduite, et l'on se remit à l'ouvrage.

Bâtiments. — L'île est traversée dans toute sa largeur par un canal de 10 mètres, séparant deux quartiers :

1^o Le quartier administratif comprend : 2 bâtiments à étage; l'un sert de logement au médecin indochinois, l'autre aux religieuses. Des bâtiments en maçonnerie à rez-de-chaussée, servant de cabinet de

consultation et de pharmacie, de cuisine, de logement pour le personnel de l'établissement. Celui-ci est composé, outre le médecin indochinois et les Sœurs, de 4 infirmiers indigènes, 1 infirmière indigène, des hommes de peine, et un poste de milice.

Le médecin européen de Mytho est chargé d'une visite par semaine et se rend sur place dans tous les cas urgents.

Deux infirmeries font encore partie du quartier administratif. La première, pour les cas aigus; la deuxième, pour les mutilés et les incurables.

De grandes citernes aménagées sous les dépendances permettent d'assurer à la population de Culao-Rong une abondante consommation d'eau potable pendant toute la saison sèche.

2° La deuxième partie de l'île, reliée à la précédente par un pont, est réservée aux habitations des lépreux valides. Ce sont de vastes et confortables bâtiments en briques et en tuiles, groupés symétriquement sur une plateforme. Bien aérés, ils sont tenus constamment propres. Six d'entre eux sont réservés aux hommes et peuvent recevoir chacun 24 lits. Deux constructions seulement servent aux femmes moins nombreuses.

Dans les pavillons annexes, on trouve les salles de bain, les salles d'observation pour les entrants, le local disciplinaire, etc....

Vie des malades. — Tout le reste de l'île est entièrement consacré aux lépreux qui peuvent s'y livrer à la pêche et à des cultures vivrières. Ils pourraient

même obtenir des concessions viagères et vivre en dehors des locaux d'habitation collective, mais tous préfèrent partager la vie commune de l'asile.

Chaque malade a son lit spécial : 1 natte, 1 couverture, 1 moustiquaire et 1 petit oreiller de bois. Ses habits sont renouvelés en temps voulu. Il a droit à trois repas par jour : 6 h., 11 h., 18 h. La ration comporte :

Riz blanc : 750 gr.

Poisson frais : 250 gr. (3 fois par semaine)

Ou poisson sec : 200 gr.

Ou porc frais : 200 gr.

Légumes verts : 150 gr.

Thé annamite : 3 gr.

Nuoc mam : 20 gr.

Trois fois par semaine, il y a distribution de bétel, tabac, noix d'arec et, une fois par mois, 0 piastre 60 pour se procurer gâteaux ou fruits, selon leur goût. La suppression de ces petits suppléments aux malades récalcitrants suffit, dans la majorité des cas, à maintenir une bonne discipline.

Les malades sont doués d'une grande gaieté de caractère. Ils s'assemblent fréquemment pour des divertissements en commun. Beaucoup préfèrent le jeu d'échecs aux plantations. Ceux qui le peuvent et le désirent sont chargés du service de propreté dans leur quartier. Ils reçoivent alors une rémunération mensuelle de 2 à 6 piastres.

Une Commission administrative de 6 membres visite la léproserie chaque semestre.

Traitement. — La plupart des internés de Culao-Rong sont atteints de lèpre mixte; ils sont isolés seulement lorsque les lésions très apparentes risquent d'attirer l'attention du public.

Aussi les diverses thérapeutiques employées à la léproserie n'ont-elles pas donné grands résultats.

Les injections d'huile de Chaulmoogra, très douloureuses, ont rencontré de la part des lépreux une résistance obstinée. Même les injections de bleu de méthylène, qui recueillent un tel succès en d'autres points d'Indochine, ont dû être abandonnées. Le seul remède qui semble avoir quelques chances de succès est le savon de Krabao. Cette médication a été introduite à Culao-Rong par les docteurs Souchard et Ramigeau, « sous le contrôle des Sœurs, dont le « dévouement inlassable et de tous les instants, nous « a permis d'expérimenter le médicament dans les « conditions les plus favorables possible ». (En effet, ailleurs, le malade indochinois se dérobe ou esquivé la prise de la drogue.)

Le savon de Krabao est présenté sous la forme de comprimés. Il s'agit d'habituer l'organisme par l'augmentation graduelle et lente des doses pour arriver à l'ingestion quotidienne de 10 à 14 comprimés. On soumet alors chaque malade, en suivant de près ses réactions, à des cures discontinues de trois mois environ, séparées par des périodes de repos de un à deux mois, au cours desquelles on pourra traiter de façon plus intensive les déficiences organiques et les maladies associées.

Le pouvoir thérapeutique des savons de Krabao s'est révélé à peu près égal à celui des éthers éthyliques de Chaulmoogra, mais la voie d'absorption est plus facile. Il faut seulement se méfier de l'insuffisance hépatique. La médication semble révéler des insuffisances latentes et aggraver celles déjà existantes.

Terminons cette page à l'honneur des Sœurs de Saint-Paul de Chartres en signalant que le 11 octobre 1937 les deux Sœurs infirmières employées à Culao-Rong ont été décorées de l'Ordre du Kim-Bôi pour leur dévouement aux lépreux, en même temps que le docteur Fourneyron recevait la médaille du Dragon d'Annam.

En dehors de l'établissement spécial pour lépreux, les Sœurs s'occupent encore de ces infortunés dans d'autres formations. Signalons :

— *La Polyclinique municipale de Saïgon.* Six religieuses s'y rendent chaque jour tant pour la distribution de la pharmacie que pour les soins et pansements des malades. Le médecin-chef, le docteur Montel, y étudia et mit au point sa méthode de traitement par les injections intraveineuses de bleu de méthylène.

— *L'Hôpital provincial de Thudaumot.* Depuis quelques années, une léproserie lui est annexée. Installée provisoirement dans le service d'isolement de l'hôpital, elle comprend : 1 pavillon de 4 chambres séparées de chacune 6 lits, et 1 paillotte, salle commune

de 20 lits. Le médecin-chef de l'hôpital visite les malades une fois par quinzaine ou plus souvent si l'état de l'un ou l'autre l'exige. Les piqûres sont effectuées par un infirmier. Les Sœurs assurent la surveillance des malades, des pansements, de la nourriture, la distribution des médicaments.

INDE FRANÇAISE

« Contrairement à ce qui se passe ailleurs, la lèpre n'est en rien, pour le peuple hindou, une maladie déshonorante ni même redoutable. Sa longue évolution, ses symptômes longtemps supportables souvent peu gênants, son pronostic *quo ad vitam* rarement inquiétant, font que les malades gardent leur insouciance native et négligent de se soigner. Souvent même dans les basses castes, la lèpre est une sorte de petit capital à faire fructifier. Cette maladie une fois constituée revêt en effet, une sorte de caractère mystique et la foule conserve envers elle un mélange de méfiance et de respect (1). D'où les aumônes propitiatoires nombreuses qui permettent aux lépreux de vivre facilement en allant de porte en porte réclamer les dons qu'ils considèrent comme leur dû, et que personne n'ose leur refuser. »

La réorganisation de la lutte contre la lèpre date de 1924 et, depuis cette époque, des progrès importants n'ont pas cessé d'être réalisés. Ceci est très appréciable dans un pays où toute mesure de prophylaxie se heurte à l'obstacle de préjugés et de cou-

(1) Ce serait une conséquence de la loi du Karma, une punition actuelle pour des fautes commises dans une vie antérieure.

tumes millénaires et où la lèpre constitue la principale maladie sociale.

Les Sœurs de Saint-Joseph de Cluny, avant 1904, dirigeaient une léproserie près de Pondichéry. Expulsées, malgré les protestations des malades, au moment de la loi de laïcisation, elles purent reprendre leurs hôpitaux en 1923, et eurent la joie, en août 1936, d'accueillir de nouveau les lépreux.

L'Institut Prophylactique de Pondichéry n'est autre que l'ancienne léproserie débaptisée et rénover. C'est le seul organisme de ségrégation de la colonie, mais d'un fonctionnement déjà encourageant.

Peu éloigné de la ville (20 minutes à peine), l'Institut jouit d'une situation privilégiée. En bordure de la mer et à l'ombre des cocotiers, s'élèvent trois bâtiments principaux, un pour les hommes, l'autre pour les femmes, avec quelques annexes aux murs couverts de ciment.

Il possède un four incinérateur et tout ce que l'on juge actuellement nécessaire au traitement et à la prophylaxie de la lèpre.

L'inauguration officielle eut lieu le 3 août 1936, par une visite du Gouverneur et du médecin-chef de la colonie; 96 malades furent hospitalisés à cette date, sur 104 lits disponibles. Sous la direction d'un officier de santé attaché à l'établissement, deux Sœurs de Saint-Joseph de Cluny assurent les traitements, qui demandent beaucoup de fermeté et surtout de douceur.

En plus de l'hospitalisation, chaque matin des con-

sultations nombreuses sont données à l'Institut par les médecins venus de Pondichéry.

Le Service de Santé de l'Inde française s'est fait une spécialité du traitement de la lèpre par les injections intraveineuses d'huile de Chaulmoogra rigoureusement neutralisée. Les premiers essais furent faits à l'Institut prophylactique en 1933, par le médecin-colonel Labernardie, instaurateur et promoteur de la méthode. L'huile est préparée sur place par expression à froid des graines fraîches sélectionnées d'*Hydnocarpus Wightiana*. L'injection doit être faite avec une aiguille fine et poussée très lentement.

« La dose injectée par Labernardie était de 1 cc. deux fois par semaine ; elle a été portée à 2 cc. deux fois par semaine par le Docteur Gaffiero, son successeur. Sans doute y a-t-il lieu de la faire varier, selon les cas de 1 à 2 cc. et de l'adapter au poids et à l'âge des malades. Un repos de trois mois est nécessaire après une série de 70 injections...

« Aucun incident sérieux n'a été observé. Les accès de toux provoqués par une huile même d'acidité faible, ne se produisent plus lorsque l'huile est neutralisée. Quelques malades en cours de traitement, s'étaient plaints, à un moment donné, de troubles de la vision. Suivis par un ophtalmologiste, ils ont été reconnus atteints de début de cataracte banale en rapport avec leur âge. Cette affection est d'ailleurs extrêmement fréquente dans l'Inde...

« Les résultats immédiats obtenus par ce mode de traitement sont très nets. Après une dizaine de piqûres, et quelquefois moins, l'aspect du lépreux commence à changer. Les tubercules s'affaissent, le faciès léonin s'atténue dans de notables proportions. Les taches hyper-

chromiques disparaissent. Les œdèmes se résorbent. La peau tend à redevenir moins luisante et plus souple. Les ulcères, les maux perforants plantaires sont souvent cicatrisés, les bacilles de Hansen ne se retrouvent plus dans le mucus nasal. Il semble qu'il y ait arrêt d'évolution et au moins diminution de la contagiosité...

« Les taches achromiques en revanche, ne sont guère modifiées. Dans certains cas heureux, la sensibilité a reparu partiellement à leur niveau.

« Les résultats éloignés ne peuvent pas être actuellement précisés. » (Sorel, mai 1937.)

NOUVELLE CALEDONIE

La lèpre serait d'importation récente en Nouvelle-Calédonie. Le docteur Rebuffat la signale pour la première fois en 1884, alors que les missionnaires installés à partir de 1843, et les premiers administrateurs français à partir de 1853, n'en font aucune mention.

La légende locale veut qu'un Chinois lépreux ait été recueilli vers 1867, le corps couvert d'ulcères, par la tribu de Bondé. Après une incubation de sept ans, la lèpre se manifesta parmi les gens de la tribu, qui l'auraient ensuite propagée dans les contrées avoisinantes, au Nord de l'île, cependant que notre Chinois continuait à semer ailleurs la contagion.

L'insurrection de 1878, en mêlant les tribus, répandit la maladie dans des régions jusque-là indemnes; elle y prit rapidement des proportions inquiétantes. En 1888, le docteur Forné, chef du service de santé, « jeta le cri d'alarme ». Il estimait que sur une popu-

lation de 25.000 indigènes, 4.000 étaient atteints !
Un Blanc venait d'être reconnu lépreux !!!

Alors, commence la longue histoire des léproseries de Nouvelle-Calédonie, avec leurs intermittences et leurs transformations sans cesse répétées. Les trois premières léproseries régionales ont à peine trois ans d'existence, que le Conseil Général décide de les abandonner. Il vote des fonds pour l'organisation d'un établissement unique à l'île Art. Contrairement au décret, aucun médecin n'y réside. Devant le manque de soins, de médicaments, d'hygiène et de vivres frais, les Canaques s'évadent; de 600 en 1895, leur nombre passe à 172 en 1897. L'abandon de l'île Art est décidé l'année suivante. Par contre, on aménage 9 léproseries régionales, à distance des tribus; les grands chefs doivent en assumer la surveillance. Mais leur efficacité paraissant douteuse, l'Administration songe à revenir au projet d'une formation unique à l'île des Pins; le docteur Lebœuf, envoyé en mission, fait abandonner cette idée.

Le 14 mai 1913, un organe centralisateur de recherches est créé; c'est le laboratoire d'hygiène, qui deviendra l'Institut G. Bourret, en mémoire de son directeur mort en avril 1917 de peste pulmonaire contractée au cours d'une manipulation.

Cependant, les léproseries régionales se multiplient: on en compte 64 en 1924. En même temps, le nombre total des lépreux, classés certains : 530, ou suspects : 718, ne fait que s'accroître. Mais, depuis cette époque, chaque année restreint cette « poussière de forma-

tions où les gens n'étaient pas soignés, pas isolés, et nourris plus ou moins exactement par des parents négligents ». Ce remaniement permet un isolement réel dans des villages confortablement installés selon la conception actuelle de la prophylaxie.

Il résulte de ce trop bref aperçu historique que, malgré le gros effort fourni depuis deux ans en Nouvelle-Calédonie, le problème de la lèpre reste encore un problème vital. On ne s'étonne pas des appels pressants lancés par les missionnaires; ils sentent le besoin de « médecins spécialistes, capables de diagnostiquer le mal dès son début, et possédant les moyens d'isoler, après sérieux examen, les malades et les vraiment suspects. Là dessus, on raconte des méprises trop regrettables ».

Pendant toute cette période de longs tâtonnements d'essais dans une voie immédiatement suivis de reculs, la Mission catholique fait « ce qu'elle peut ». Il serait bien long et déconcertant de citer tous les efforts qu'elle tente en faveur des lépreux, au milieu de circonstances aussi défectueuses. Il ne faut pas oublier, en effet, comme le signale le docteur Tisseuil en 1929, que « les indigènes subissent difficilement une autorité quelconque, fût-ce celle des missionnaires eux-mêmes ». Qu'il nous suffise de signaler les principales tentatives notées en 1932 par le même auteur dans son rapport à la Commission consultative de la Lèpre.

1932. A cette époque, le principe « que la montagne ou la mer isolent plus facilement les contaminés »

a été rejeté; on vise à soigner les malades en les groupant près d'un centre médical ou « au voisinage » d'une mission qui, si noblement, sous le contrôle « du médecin, assure les soins ».

Dans la grande île, deux léproseries méritent ce nom : celle de la Mission protestante à Houailou, et celle de la Mission catholique à Bourrail, qualifiée de léproserie modèle dès 1929 par le docteur Tisseuil.

BOURRAIL, placée dans une petite vallée, à une distance de plusieurs kilomètres des différentes tribus, possède son dispensaire, ses cases neuves pour 7 malades, et ses cultures très étendues. Le R. P. Murard s'est chargé de la visiter et de faire les injections d'hyrganol toutes les semaines. Or, quand le missionnaire prit en mains la léproserie, elle était complètement abandonnée depuis six ans, en dehors de toute raison, par la négligence du chef.

Mais, généralement, étant donné l'intensité de leur ministère et le caractère de leur mission apostolique qui rejette la contrainte, les Pères préfèrent se décharger sur les Sœurs du soin matériel des malades. Ils se contentent de procurer à ces malheureux les secours religieux et, selon leurs ressources, des dons en nature. C'est ainsi que les R. P. J. de Rouvray à POUEDO, Rouel à HIENGHENE, et d'autres, laissent successivement aux Sœurs de la Société de Marie la responsabilité des injections d'hyrganol.

Les mêmes Sœurs assument le traitement des lépreux à TYÉ, sur la grande terre; à MARÉ, dans les

îles Loyauté, et dans deux formations à OUVÉA : la *léproserie Saint-Joseph*, où sont soignés de nombreux malades entièrement aux frais de la Mission, et le *dispensaire officiel de Fayaoué*, où la Sœur Marie-Sébastien a été appelée par le Gouverneur de la colonie en remplacement de l'infirmier jusqu'alors chargé du dispensaire (les indigènes qui avaient besoin de soins se dirigeaient vers la Mission catholique).

C'est encore en 1932 que le Conseil Général de la Nouvelle-Calédonie demande deux Sœurs de Saint-Joseph de Cluny pour assurer les soins aux lépreux de la presqu'île de Ducos. Là sont réunis 150 haniéniens.

Mais le *Sanatorium de Ducos* n'est pas la perfection et bien qu'il « soit en progrès réguliers, il n'est « pas encore ce que doit être un sanatorium ». Les conditions de bien-être matériel ne sont pas suffisantes : ainsi, un fait démonstratif, il n'y a pas, en 1932, de moustiquaires pour tous les malades, malgré la nécessité évidente...

Le médecin ne peut y venir que deux matinées par semaine; il n'y a pas d'infirmier, seule une lépreuse moins atteinte donne bénévolement quelques soins aux autres malades. Comment assurer ainsi la continuité du traitement, comment le prescrire sans courbe de température, ni renseignements certains sur les réactions provoquées?

« Le côté pénible est l'état moral de cette agglomération, le même que celui de toute collectivité de malades condamnés à la prison sans grand espoir d'en sortir,

puisque les améliorations cliniques ne permettent de libérer chaque année que quelques rares détenus. Aussi la foi dans la guérison se maintient-elle difficilement chez ceux qui restent. Et c'est dans cette vallée fermée par la colline abrupte, avec unique vue sur la rade de Nouméa, admirable il est vrai, et sur la ville interdite, que vivent ces malheureux en proie au découragement, sujets à des crises de désespoir qui se terminent par un déchaînement de passions, d'égoïsme et de dureté, propre à ces collectivités anormales. »

C'est pourquoi les médecins réclament depuis longtemps des religieuses. Le docteur Hermant, après avoir visité, au cours d'une mission en 1929, la Nouvelle-Calédonie et les îles Loyauté, et constaté l'ampleur du problème, dit :

« Il faut transformer la presqu'île Ducos en une colonie agissante, où les malades trouveront l'emploi de leurs aptitudes particulières sous une forme appropriée à leur état. L'affectation de Sœurs infirmières pourra aider grandement à cette réalisation. »

Quant au docteur Tisseuil, qui milite en faveur d'une réorganisation plus saine, plus morale et plus humaine, il proclame :

« Par la présence de ces infirmières, l'état moral de cette collectivité sera beaucoup amélioré ; une discipline de confiance sera érigée pour le plus grand intérêt des malades et de ceux qui les soignent. »

Les lépreux eux-mêmes demandent des Sœurs. Elles viendront au début de 1933.

DEPUIS. — L'aménagement du sanatorium de *Ducos* a été considérablement amélioré. Une route de 15 kilomètres, créée par l'Administration pénitentiaire, était devenue impraticable en 1933, faute d'entretien; l'eau manquait; la terre, pourtant très fertile, couverte de lantanas mêlés de hautes herbes, n'était presque pas cultivée par les malades. Les repas étaient préparés par les lépreux valides, chacun pour soi, exception faite des grands infirmes hospitalisés à l'infirmerie, pour lesquels un congénère moins atteint acceptait de faire la cuisine moyennant rétribution.

Le premier travail des Sœurs fut l'aménagement d'une cuisine centrale, afin d'assurer un service régulier et convenable. En même temps, elles obtenaient de l'Administration d'acheter sur place les légumes cultivés par les malades, « ce qui eut le double avantage de faire disparaître peu à peu l'oisiveté qui régnait parmi eux, et la brousse dans laquelle disparaissait le village ». Il faut en ajouter un troisième, le trafic nocturne et dangereux des produits avec l'extérieur.

D'un autre côté, la route a été refaite; elle permet de franchir la distance Nouméa-Ducos rapidement et par tous les temps. Les rues, entre maisons de pierres, ont été munies de caniveaux, puis empierrées et goudronnées. La canalisation d'eau, doublée, assure une alimentation supérieure aux besoins de l'agglomération. L'électricité et la T. S. F. y ont été installées. La maison du médecin est déjà construite; un petit

laboratoire doit lui être annexé. Bientôt, une église s'élèvera au fond de la vallée achevant de donner au village son aspect normal.

A l'intérieur de la léproserie ont été aménagés : salle de jeux, bibliothèque, bains-douches et salle de désinfection; et, d'autre part, lavoirs, vacherie, jardins d'agrément et arbres fruitiers.

Mais le changement le plus remarquable est celui des malades. Autrefois, désœuvrés, lisant peu, passant leur temps en commérages, autour de tables à jeux, ils s'agrippaient et se traitaient eux-mêmes, à leur façon. Maintenant, occupés, ayant retrouvé la joie de vivre et l'espérance d'une vie meilleure, ils demandent d'eux-mêmes leur admission à Ducos : ils préfèrent cette solution à l'isolement à domicile.

Le traitement ayant pu être assuré régulièrement et accepté, depuis deux ans une trentaine de malades sont sortis reconnus non contagieux. Ils passent d'abord dans la vallée de Nimbo qui leur est réservée; ils y restent sous la surveillance du médecin et continuent leur traitement en attendant d'avoir trouvé une situation quelconque (1).

Le nombre des Sœurs occupées à Ducos a dû être augmenté. Elles sont maintenant quatre auprès des lépreux, dont elles disent : « Après Dieu, les pauvres sont nos maîtres avec ceux qui souffrent ». Deux d'entre elles doivent suivre leurs malades indigènes

(1) Les lépreux européens et asiatiques occupent la vallée de M'Bi jusqu'à cette dernière année, les indigènes restaient dans la vallée de N'Du, en attendant l'aménagement de Tiaoué.

après leur évacuation sur la colonie agricole de Tiaoué, en voie d'achèvement.

A ONÉ (dans l'île Ouvéa), une Sœur de la Société de Marie dirige la léproserie de type colonie agricole.

A BONE (dans l'île Maré), c'est un Père Mariste qui s'occupe de la colonie agricole.

Enfin, à NOUMÉA même, les Sœurs de Saint-Joseph de Cluny visitent, à titre privé, les lépreux isolés à domicile. Grâce à elles, la carence de personnel infirmier ne se fait pas trop sentir. Devant les résultats obtenus, le Gouverneur de la Nouvelle-Calédonie se montre tout disposé à engager deux autres Sœurs à titre d'infirmières visiteuses polyvalentes.

En ce qui concerne la propagande, les missionnaires se font les alliés des médecins. Dans toutes leurs écoles, ils enseignent les règles de l'hygiène, et continuent ensuite l'éducation des habitants par leurs causeries.

Aussi, une lettre récente du Gouverneur de la Nouvelle-Calédonie rend hommage à l'activité des diverses missions ecclésiastiques « non seulement en ce qui concerne la prophylaxie antilépreuse, mais pour tout ce qui touche à l'assistance médicale. Les tribus étant très dispersées, l'action parfois lointaine des médecins, se trouve très efficacement secondée par ces Missions ».

OCEANIE

La lèpre sévit depuis une date très reculée en Océa-

nie. Les indigènes lui croyaient une origine divine et tellurique. Ils isolaient le malade dans un lieu retiré au bord de la mer ou dans une vallée écartée; après sa mort, ils brûlaient le cadavre dans sa case en flammes. En 1874, la reine Pomaré IV voulut isoler les lépreux non indigènes (1 Européen et 7 Chinois) sur l'île inhabitée de Motu-Uta. Mais ce premier arrêté resta lettre morte. Il y en eut plusieurs depuis qui, tous, subirent le même sort.

Le 27 mars 1912, le Gouverneur promulga un arrêté créant et organisant la léproserie actuelle d'Orofara. Elle fut inaugurée solennellement en février 1914, et 71 lépreux sur 157 dépistés, y furent internés d'office. Les Sœurs de Saint-Joseph de Cluny, surchargées par leurs œuvres déjà existantes, ne purent répondre à l'offre qui leur fut faite de s'en occuper. En 1924, deux infirmières protestantes s'installèrent à Orofara.

Mais c'est la circulaire du 30 mars 1933 qui organise la prophylaxie antilépreuse vraiment efficace en Océanie. Après avoir déclaré que la lèpre n'est pas une maladie incurable, elle préconise, avec l'aide des instituteurs et des missionnaires, la propagande dans les écoles et parmi les populations pour inciter les hanséniens à venir se faire soigner. Elle insiste sur le dépistage de tous les malades, l'établissement d'une fiche individuelle. Enfin, elle donne des indications sur la classification des différentes formes de la maladie et sur les indications thérapeutiques.

Aux îles Tuamotou, 70 lépreux reconnus en 1934

sont isolés dans un petit établissement créé sur l'île RÉAO, où ils reçoivent les soins dévoués du R. P. Maze (des Sacrés-Cœurs de Picpus). Des améliorations sont constamment apportées à l'établissement. Une goélette spécialement affectée au service du médecin étend et facilite son action. Récemment, l'Administration songeait à lui adjoindre un petit côtre thonier pour permettre au docteur de Réao de visiter l'archipel des Marquises au Sud. Aux îles Marquises, la Mission catholique a cédé, en 1935, un terrain à TÉHUTU, pour y organiser une léproserie. Celle-ci, « intelligemment conçue », a été établie par le docteur Gautron; mais, faute de documents plus récents, nous ne pouvons préciser davantage. Elle n'est pas mentionnée dans la notice du médecin-général Sorel, en 1938.

GUADELOUPE

La lèpre y est fréquente, presque autant qu'à la Guyane. Introduite par les négriers de la côte occidentale d'Afrique, vers 1669, elle devint rapidement si manifeste qu'au début du XVIII^e siècle des mesures s'imposèrent contre le mal. Ainsi fut créée en 1728 la léproserie de :

LA DÉSIRADE, formation unique, commune à la Martinique et à la Guadeloupe jusqu'à aujourd'hui. Les lépreux devaient s'y organiser en société par groupes ayant à leur tête un blanc responsable. Ils partaient avec des instruments aratoires, des animaux domestiques, des plants et des graines. Mais ils ne devaient plus en sortir et toute exportation était interdite.

Démolie en 1795 par les Anglais, et reconstruite en 1829, elle fut confiée aux Sœurs de Saint-Paul de Chartres de 1858 à 1907. En 1896, la Supérieure, Sœur Elise, fut décorée de la Légion d'Honneur en reconnaissance de ses trente-huit ans de service consécutifs chez les lépreux. Malgré cela les religieuses durent se retirer.

La léproserie est tout à fait indésirable à tous points de vue. Ilot de 8 kilomètres de long sur 4 kilomètres de large, formation volcanique, elle est d'un accès difficile : le Docteur Pichon, Chef du Service de Santé, se noya au moment de l'accostage, en 1922. Aussi le ravitaillement ne peut se faire régulièrement. De plus le sol se prête mal à la culture; l'eau en quantité très insuffisante, surtout depuis des tremblements de terre qui ont asséché plusieurs sources, oblige les malades à se servir d'eau de mer pour les soins de propreté corporelle, ce qui est très nuisible aux lésions cutanées multiples... Dans ces conditions le régime comporte en majeure partie des légumes secs et des salaisons.

Pour toutes ces raisons et d'autres encore, la Désirade est pratiquement abandonnée, condamnée à l'extinction. Depuis 1933 la Martinique n'y envoie plus de nouveaux malades.

Jusqu'à ces dernières années la prophylaxie de la lèpre était à peu près inexistante à la Guadeloupe. Durant sa mission en 1931, le Docteur Marcel Léger a vu au moins 20 lépreux au diagnostic indéniable

pendant une simple matinée de promenade à Pointe-à-Pitre. Le Docteur Noël affirmait en 1933 :

« Les gens connaissent bien la maladie et dès qu'ils présentent les symptômes caractéristiques, ils se cachent, ne sortant que la nuit. Le médecin ne peut entrer de force chez eux. Jamais un malade ne vient de lui-même se soumettre à la visite médicale. Il ne se soigne pas et devient une source de propagation. »

Il faut espérer, pour l'avenir de la colonie, que l'arrêt du 16 mai 1935, bien appliqué, mettra fin à la progression du mal.

MARTINIQUE

Tout comme la Guadeloupe la Martinique semble avoir été infestée de la lèpre par suite de la traite des noirs. La première mention de cette maladie est faite par Thibault de Chanvallon en 1751 dans son « Voyage à la Martinique ». Voici ses paroles : « Il vient quelquefois dans nos îles des nègres (Côte de Guinée) attaqués de Ladrerie ; je n'ai pu en voir aucun cas pendant mon séjour ».

La maladie prit une extension rapide. En 1823 un premier convoi de lépreux partait pour la Désirade... le dernier eut lieu en mars 1934. Depuis on s'en tient aux conceptions plus modernes et humanitaires défendues par le Professeur Marchoux au Congrès de Strasbourg en 1923. Les résultats sont très encourageants.

Une campagne très active est menée, depuis sep-

tembre 1933, en particulier par la presse, afin de répandre les idées actuelles sur la prophylaxie. Au 1^{er} janvier 1936, 172 nouveaux lépreux sont dépistés.

La Martinique dispose actuellement pour la lutte contre la lèpre de :

— Un laboratoire spécialisé, à l'Institut d'Hygiène et de Bactériologie de Fort-de-France. De plus en plus les praticiens libres, qui répugnent à la déclaration obligatoire, prennent l'habitude d'y adresser les suspects pour l'examen bactériologique.

— des services d'hospitalisation dans trois établissements différents, aucun n'est spécialisé : le Préventorium colonial (10 malades), l'Hôpital des Trois Ilets (13 malades) et l'Hôpital du Lorrain (15 malades). Dans ces deux dernières formations les soins sont donnés par des Sœurs de Saint-Paul de Chartres.

— enfin, un dispensaire : l'annexe dermatologique de l'Institut d'Hygiène et de Bactériologie de Fort-de-France où viennent se faire traiter les 345 lépreux isolés à domicile.

Bientôt sans doute la colonie pourra disposer d'un asile spécial, situé à la Pointe des Carrières, sur le bord de la mer, à 7 kilomètres environ de Fort-de-France.

GUYANE

La lèpre n'a jamais été signalée en Amérique par les premiers voyageurs. Inconnue des Peaux-Rouges, elle semble avoir été importée vers le milieu du

xviii^e siècle lors de la traite des nègres et de l'immigration des juifs hollandais chassés du Brésil.

La première léproserie fut fondée à l'Île du Diable (27 milles au Nord-Ouest de Cayenne) et réservée aux condamnés lépreux jusqu'en 1895, puis transférée à l'îlot Saint-Louis dans le Maroni, à 5 kilomètres de Saint-Laurent. Les lépreux non condamnés furent d'abord aussi internés à l'Île du Diable dans des conditions très défavorables : terrain aride, mauvais logements, loin de tout secours et mal approvisionnés en eau potable. En 1833 la Vénérable Mère Javouhey, fondatrice des Sœurs de Saint-Joseph de Cluny, proposa au Gouvernement de transporter la léproserie officielle à l'ACAROUANY, où les Sœurs s'occuperaient des malades. Son projet fut accepté. En avance sur son époque, la Vénérable Mère créa non pas un hôpital, mais un village-léproserie. Elle voulait que le lépreux retrouve un « chez soi » et puisse cultiver « son » jardinet : elle fit donc édifier 30 cases pour les moins éclopés, les unes couvertes en bardeau, les autres en feuilles, sur un vaste plateau à 20 mètres au-dessus de la rive gauche de la petite rivière Acarouany, affluent de la Mana. L'endroit était bien choisi ; isolé au milieu des bois, le village le plus proche se trouvant à distance de 30 kilomètres. L'eau de source y coulait en quantité suffisante ; le terrain se prêtait à un agrandissement facile. De grandes allées furent tracées ; l'une de Manguiers devenus séculaires, bordée par les carbets (ou cases) des malades. Une autre, plus petite, est réservée aux Sœurs, de telle ma-

nière que le quartier du personnel ne soit qu'exceptionnellement sous le vent des lépreux : la brise régnaute venant de l'est. Tout près de l'habitation des religieuses se trouvent la chapelle et l'infirmerie de deux bâtiments : un pour les hommes, un pour les femmes, sortes de hangars à rez-de-chaussée unique, pouvant contenir chacun une dizaine de lits.

Comme partout les débuts furent difficiles. Sœur Alexis Denfert, qui prit la première la direction de la léproserie, bâtit de ses mains de nouvelles cases, entretint les plantations, soigna les pauvres lépreux, déchirant même des pièces du petit trousseau de la communauté pour pouvoir faire les pansements indispensables; et, quand les vivres manquaient, elle chassait le gibier dans les bois environnants. Lors de sa visite à Mana, le prince de Joinville, étonné de la mâle énergie de la missionnaire, lui fit cadeau d'un bon fusil.

Car nous retrouvons dans l'histoire de l'Acarouany l'incroyable apathie apportée si longtemps par l'Administration de la Guyane à la lutte contre la lèpre. Au début la léproserie ne devait abriter que les esclaves ; les lépreux de condition libre devant être internés à l'ilot La Mère. Mais dès l'abolition de l'esclavage, en 1848, elle dut recevoir tous les hansémens sans distinction, et l'ilot La Mère fut désaffecté. Cependant aucune amélioration ne fut apportée à l'établissement.

Voici la description qui se dégage du rapport du Docteur Guillon, peu avant 1900. Les bâtiments offi-

ciels comportent 2 baraques construites en torchis ou en bois, recouvertes de tôles ondulées. La chaleur y est intolérable sous ce toit qu'un très léger plafond sépare mal de la tête des locataires. Le plancher en est pourri et les rats y abondent. Il n'existe aucune installation de douches ou de bains, pas même de cabinets d'aisance ; du reste les lépreux n'usent pas des feuillées creusées pour les remplacer. A plus forte raison, ne trouve-t-on à la léproserie ni étuve, ni appareil destructeur des matières usées...

En 1908, les choses se trouvent dans le même état, à part une installation de fosses d'aisance. Mais les lits sont composés de trois planches reposant sur deux tréteaux, et garnies d'une seule couverture de laine. La nourriture se compose en majeure partie de légumes secs, avec des salaisons quatre jours par semaine pour les Européens, six jours pour les créoles et assimilés. Il n'y a pas de laboratoire. L'Administration songe à supprimer les visites faites par le médecin toutes les quinzaines ou tous les mois. (Jeanselme et Tissier.)

En 1932, le Rapport du Docteur Chatenay ne permet de signaler aucun progrès. En voici quelques extraits :

« Les grandes cases réservées aux lépreux, et en particulier les infirmeries, semblent avoir besoin de réparations urgentes..., les cases sont en bambous entrelacés, recouvertes de chaume de pinet, à sol de terre battue..., l'ameublement est des plus sommaires et disparates... Il n'existe aucune culture..., la nourriture comporte beau-

coup de légumes secs..., il est impossible de rien acheter par suite de l'absence d'une petite caisse de fonds d'avance..., les vêtements fournis n'ont guère plus d'épaisseur qu'une bonne moustiquaire, quand ils sont à l'état de neuf..., le traitement est malheureusement ce qu'il y a de plus négligé (il est obstinément refusé par les malades)..., la pompe qui montera l'eau à hauteur du plateau doit être installée incessamment » (jusque-là les lépreux, parmi lesquels de nombreux mutilés, devaient parcourir pour se procurer leur eau, une cinquantaine de mètres, par un sentier en pente mal entretenu...).

Dans ce cadre déprimant, les malheureux condamnés à « un perpétuel internement, doublé d'un perpétuel isolement » méritèrent d'abord une réputation peu édifiante. Désœuvrés parce que refusant tout travail, habitués avant leur entrée à la léproserie à des mœurs trop libres, ils s'adonnaient aux querelles, à l'ivresse et au concubinage. Des conseillers généraux n'hésitèrent pas à dire, en parlant de l'Acarouany, ces phrases terribles, relevées dans le *Journal Officiel* : « trou infect où l'on envoie mourir les lépreux », « lieu dans lequel on met de la pourriture dans de la pourriture ».

Admirables de dévouement, les trois Sœurs de Saint-Joseph de Cluny s'ingénierent à remédier de leur mieux au manque de ressources dans lequel les laissait l'Administration. Elles s'adressèrent à leur Maison-Mère pour assurer le strict nécessaire en fait de pansements. Elles cherchèrent sur place le moyen de procurer à leurs pauvres malades quelques vivres frais, et commencèrent le jardinage. Elles les entourèrent de leur affection, soulignant les fêtes par des

douceurs et des réjouissances, leur prodiguant surtout les secours spirituels de la religion. Peu à peu, les pauvres « cocobés » furent conquis ; l'immoralité disparut et fut remplacée par la résignation puis par une certaine joie. N'est-il pas émouvant d'évoquer ces soirées de Noël où après les chants, les distributions de gâteaux, de tabac, même d'un peu de rhum, après une représentation théâtrale donnée par les malades, et une tombola tirée par les Sœurs, les lépreux dansent sur leurs moignons bandés ?

Cependant, les médecins du Service de Santé en Guyane ne cessaient d'invoquer les trop nombreuses raisons d'abandonner l'Acarouany pour entreprendre la lutte antilépreuse avec des moyens plus efficaces :

« Quand la Mère Javouhey arracha les malheureux esclaves ladres des Iles du Salut où ils étaient à peu près abandonnés, elle accomplit une œuvre digne d'éloges et réalisa un progrès. Mais les temps ont marché, et il est honteux qu'en plein xx^e siècle une colonie Française soit encore pourvue d'une semblable léproserie... Il est aisé de conclure : la léproserie de l'Acarouany ne répond pas à son rôle : préservation, traitement des malades. » (Docteur Marcel Léger.)

Leur appel est enfin écouté : l'abandon de l'établissement est décidé ; il doit disparaître par extinction, aucun malade nouveau n'y est envoyé.

Par contre, *l'Institut d'Hygiène et de Prophylaxie* de Cayenne prend une importance sans cesse grandissante. Car si pendant deux siècles les règlements se sont multipliés pour rendre obligatoire la séques-

tration « avouée, déguisée ou mitigée », actuellement on cherche surtout à traiter les malades, à les guérir toutes les fois que la chose est possible, et à faire leur éducation sanitaire, afin de diminuer les dangers de contagion. Ce programme se réalise par deux moyens principaux :

1° *Le dispensaire* de l'Institut d'Hygiène, où les médecins examinent les patients et dirigent leur traitement, assuré par deux religieuses ;

2° *Les visites à domicile* dans lesquelles deux Sœurs infirmières visiteuses vérifient que les prescriptions d'isolement sont bien suivies, rappellent à la régularité ceux qu'un traitement de longue haleine décourage, et dépistent de nouveaux suspects qu'elles adressent au dispensaire.

Les Sœurs de Saint-Joseph de Cluny ont trop prouvé leur dévouement aux pauvres lépreux guyanais, pour que ce ministère leur soit retiré. Elles ont accepté avec joie la mission proposée par le Gouvernement de la colonie.

Formées à l'Hôpital Pasteur, après un stage spécialisé dans le service du Professeur Marchoux, elles partent de France munies de leur diplômes d'Etat d'infirmières. Cette formation professionnelle particulièrement soignée est un élément du succès obtenu.

En effet, des progrès notables sont enregistrés dès 1936. En 1932, le dépistage des lépreux est confié, d'après le règlement, à la police municipale parfaitement incompétente. Celle-ci, par peur des représailles ou obéissant à d'autres sentiments plus nobles, s'est

toujours gardée de fournir des indications. « Quant au médecin civil de Cayenne qui serait décidé à faire les déclarations de cas de lèpre constatés dans sa clientèle, il n'aurait qu'à renoncer à sa profession : il perdrait même des familles dans lesquelles il n'y a pas de lépreux. » « On n'ose pas parler de lèpre à la Guyane, chaque interlocuteur pouvant être intéressé soit pour lui-même, soit pour un membre de sa famille. »

Or actuellement, les méthodes de persuasion donnent des résultats là où les mesures de coercition avaient échoué. Grâce à une propagande active, la lèpre perd son caractère de maladie honteuse. Les parents hésitent moins à amener leur enfants au médecin, qui pose plus souvent des diagnostics précoces. Les traitements sont plus régulièrement suivis. Le nombre des lépreux cachés diminue peu à peu. Ainsi le contagieux qui était hier un danger pour tous, devient aujourd'hui inoffensif pour son entourage.

Cela demande un gros travail de la part des deux Sœurs infirmières visiteuses. « Les malades, dit l'une d'elles, sont de vrais enfants, qu'il faut aller chercher chez eux pour les rappeler à l'ordre et les faire venir au dispensaire ». Ainsi toute cure régulière suppose bien des démarches. Puis ce sont les grands malades, incapables de venir à l'Institut d'Hygiène, qui doivent recevoir à domicile les piqûres, les médicaments et les pansements. Enfin ce sont les opiniâtres qu'il faut convaincre pour faire soigner eux-mêmes ou leur famille. Mais « les deux religieuses sont très estimées

par la population, et c'est par elles que se trouve réalisée la meilleure propagande. » (Commission consultative de la Lèpre, novembre 1937.)

Là ne se borne pas l'activité des filles de la Vénérable Mère Javouhey. Elles sont chargées de former des infirmières visiteuses indigènes. Par ce travail de *Monitrices d'hygiène* elles contribuent encore à la prophylaxie de la Lèpre.

CONCLUSIONS

I. — Dans la presque totalité de nos Colonies, l'Eglise catholique a été la première à s'occuper des lépreux, et créer des léproseries, contribuant ainsi à développer l'influence civilisatrice de la France.

II. — L'œuvre prophylactique ainsi réalisée est difficilement évaluable. En raison d'un manque de plan d'ensemble, et surtout d'une déficience de législation, l'effort fourni s'est trouvé souvent insuffisant même dans un territoire limité.

III. — Cependant, les observateurs s'accordent pour reconnaître à toutes les léproseries tenues par les missionnaires catholiques, une atmosphère de discipline et de joie qui favorise au plus haut point l'action du traitement, et devient par ailleurs un des meilleurs moyens de propagande prophylactique.

IV. — L'ancien reproche d'un manque de confiance dans l'efficacité du traitement et d'un manque de compétence parmi le personnel, n'est plus valable de nos jours ; non seulement les religieuses qui partent pour soigner les lépreux sont munies de leur diplôme d'in-

firmière d'Etat, mais encore on trouve parmi les missionnaires un nombre grandissant de médecins.

V. — Les missionnaires, convaincus de la nécessité d'une coordination des efforts pour l'efficacité de la prophylaxie de la lèpre, s'offrent à l'Administration de nos colonies.

VI. — De splendides résultats sont obtenus à l'étranger par la collaboration du Gouvernement avec les missionnaires français par exemple à MAKOGAI (Colonies Anglaises) où se dévouent les Sœurs de la Société de Marie.

Il est permis d'espérer que dans nos colonies, cette même collaboration bien comprise et intensifiée, rendra les plus grands services.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

I

- ADVIER (M.). — La lèpre à Madagascar (*International Journal of leprosy*, juillet-septembre 1936).
- AGUESSY. — Sur la fréquence de la lèpre dans le haut Dahomey (*Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, juin 1931).
- AJLOUNI (I.). — La lutte mondiale contre la lèpre et son intérêt particulier en Palestine (*Thèse de Paris*, 1936).
- BERNY (P.). — Quel est l'avenir des enfants nés de mères lépreuses (*Bull. Soc. Path. Exot.*, 13 mai 1936).
- Lèpre et peaux-rouges guyannais (*Revue Coloniale de Médecine et de Chirurgie*, janvier 1937).
- LUPU BARAS. — L'état actuel de la prophylaxie de la lèpre (*Thèse de Paris*, 1935).
- BURNET (E.). — La lèpre : légende, histoire, actualité.
- CABANES. — Mœurs intimes du passé.
- COFFIN. — Contribution à l'étude de la lèpre aux Iles Maurice et de la Réunion (*Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, 1895).
- DELANOE (Mme E.). — A propos du traitement mixte de la lèpre (*Bull. Soc. Path. Exot.*, 10 avril 1936).
- DUBOIS (A.), WESTERLINCK (H.) et DEGOTTE (J.). — Essais thérapeutiques dans la lèpre : le bleu de méthylène (*Bull. Soc. Path. Exot.*, 13 février 1935).
- FERON. — Une indication du bleu de méthylène dans le traitement de la lèpre (*Bull. Soc. Path. Exot.*, 10 juin 1936).

- FLANDIN, BARANGER, RAGU. — Essai de traitement de la lèpre par un complexe nouveau Chaulmoogra-Cholestérol (*Compte rendu de l'Académie des Sciences*, août 1936).
- GAIDE. — L'assistance médicale et la protection de la santé publique (*Inspection générale des services sanitaires et médicaux de l'Indochine*, 1931).
- GAIDE et BODET. — La prévention et le traitement de la lèpre en Indochine (*Inspection générale des services sanitaires et médicaux de l'Indochine*, 1930, Hanoï).
- GORJUX. — La lèpre en Nouvelle Calédonie.
- GRIMES. — La lutte contre la lèpre à Madagascar (*Rev. Col. Med. Chir.*, 15 mars 1937).
- HERMANT (P.). — La lèpre en Indochine (*Rev. Col. Med. Chir.*, mars et avril 1937).
- De la lutte contre la lèpre à l'époque contemporaine. Principes et applications (*Biologie Médicale*, octobre et novembre 1934).
- JEANSELME. — La lèpre (notes p. 559 et 586).
- JEANSELME et TISSIER. — Histoire des léproseries à la Guyane. (*Revue de médecine et d'hygiène tropicales* 1908.)
- KERMORGANT. — Historique sommaire de la lèpre dans nos diverses possessions coloniales. (*Annales d'hygiène et de médecine coloniales* 1905.)
- LABERNARDIE (V.). — Contribution à l'étude de la lèpre en Guyane française. (*Bull. Soc. Path. Exot.* 6 avril 8 juin 1927.)
- Contribution à l'étude de la contagiosité de la lèpre. (*Rev. Méd. Hyg. Trop.*, Mai, juin 1930.)
- A propos des injections intraveineuses d'huile. (*Bull. Soc. Path. Exot.*, 13 févr. 1935.)

- LABERNARDIE et ANDRÉ (Z.). — Essais de traitement de la lèpre par les injections intraveineuses d'huile de Chaulmoogra pure. (*Bull. Soc. Path. Exot.*, 11 oct. 1933.)
- LABERNARDIE et SRINIVASSANE. — Bons effets de l'huile d'Hydnocarpus Wightania dans le traitement de la lèpre. (*Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, 1930.)
- LAQUIÈZE (E.). — Prophylaxie de la lèpre en Nouvelle-Calédonie et dépendances. (*Bull. Soc. Path. Exot.*, 10 juin et 14 octobre 1931.)
- La lèpre aux îles de la Loyauté. (*Bull. Soc. Path. Exot.*, 8 juin 1932.)
- LE DENTU. — L'œuvre de la Commission consultative de la lèpre du Ministère des colonies. (*Les grandes endémies tropicales*, 1935.)
- LE FORESTIER. — Le problème de la lèpre dans les colonies françaises et en France. (*Thèse Marseille* 1932 (spécialement p. 24-25-26.))
- LEFROU. — La lèpre à la Guadeloupe. (*Archives de l'Institut prophylactique*, 1935.)
- LEFROU et QUERANGUAL DES ESSARTS. — Contribution au diagnostic des faux lépreux. (*Bull. Soc. Path. Exot.*, Mai 1936 et juillet 1936.)
- LEGER (Marcel). — La lèpre et sa prophylaxie. (*Les grandes endémies tropicales*, 1930.)
- LE MOINE (cité par BONVICINI). — L'asile des lépreux de Qui Hoa. (*Bulletin de la Société des Missions Etrangères de Paris*, Mai 1930.)
- LE ROY des BARRES et MARCEL. — La lèpre au Tonkin. (*Bull. de la Société Médico-Chirurgicale de l'Indochine*, Février, mars 1927.)
- MARCHOUX. — La lèpre aux colonies et l'Institut de Bamako. (*Paris Médical* (section para-médicale) Juin 1935.)

- MARCHOUX. — La lutte contre la lèpre dans les colonies françaises. (*Rev. Col. Méd. Chir.*, Septembre 1937.)
- La défense de nos colonies contre la lèpre. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 6 juillet 1937.)
- MARQUEISSAC et SOHIER. — Enquête sur la lèpre en pays Kabre (Nord Togo). (*Bull. Soc. Path. Exot.*, mars 1933.)
- MENAUT. — Traitement de la lèpre d'après la méthode de Pen. (*Bull. Soc. Méd. Chir. Indochine*, 1930, N° 8.)
- MIKANIEWSKI et MORIN. — Notes médicales sur la province Moi de Kontum. (*Bull. Soc. Méd. Chir. de l'Indochine*, Janvier 1927, p. 64.)
- MONNIER (H. M.). — Evolution d'un foyer de lèpre circonscrit dans la province de Cammon (Laos). (*Bull. Soc. Path. Exot.*, 8 juin 1932.)
- MONTEL. — Les enfants de lépreux. (*Rev. Col. Méd. Chir.*, 15 oct. 1933.)
- Le traitement de la lèpre. (*Rev. Col. Méd. Chir.*, 15 sept. 1934.)
- La chromothérapie de la lèpre. Etude générale. (*Bull. Soc. Path. Exot.*, 10 juillet 1935.)
- MUIR (E.). — Handbook on leprosy its diagnosis, treatment, and prevention.
- PEGOURIER. — La grande pitié des lépreux dans les vieilles colonies françaises. (*Thèse Paris* 1932.) Cette thèse comporte une bibliographie importante qu'on pourra consulter avec grand intérêt pour les ouvrages antérieurs à 1932.
- PITAT (J.). — Prophylaxie de la lèpre à la Guadeloupe. Notes, évolution, suggestions. (*Thèse de Paris* 1936.)

- ROBERT (L.) et MONTESTRUC (E). — La lèpre à la Martinique. La campagne antilépreuse pendant l'année 1935. (*Rev. Col. Méd. Chir.*, Avril 1936.)
- ROBINEAU. — La lèpre en A. O. F. et sa prophylaxie. (*Bull. Soc. Path. Exot.*, 14 octobre 1931.)
- La nouvelle orientation de la lutte contre la lèpre. (*Rev. Col. Méd. Chir.*, 15 août 1935.)
 - Le service de prophylaxie de l'Institut Central de la lèpre de l'A. O. F. (Bamako). (*La Presse Médicale*, 3 août 1935.)
 - L'Institut central de la lèpre de l'A. O. F. (*Les grandes endémies tropicales*. 1936 (Vigot, éd.).
- ROLLIN (L.). — Le problème de la lèpre dans les Etablissements français de l'Océanie. (*Archives de l'Institut Prophylactique* 1935.)
- SOREL. — Le traitement de la lèpre par injections intraveineuses d'huile de Chaulmoogra neutralisée. (*Bull. Acad. Méd.*, 4 mai 1937.)
- Prophylaxie de la lèpre dans les colonies françaises. (*Bull. de l'Office international d'hygiène publique*. Supplément au numéro du 6 juin 1938.)
- SOUCHARD et RAMIJEAN. — Contribution à l'étude du traitement de la lèpre par les savons de Krabao. (Résultats constatés après un an de traitement chez des malades anciens internés à la léproserie de Culo Rong.) (*Archives de l'Institut Pasteur de l'Indochine*, tome 18, Octobre 1933.)
- STEVENEL. — Traitement et prophylaxie de la lèpre aux colonies. (*Marseille Médical*, 1931, p. 253.)
- TABAR NOUVAL. — La lutte antilépreuse à la Guadeloupe. La léproserie de la Désirade. (*Thèse Montpellier* 1933.)
- TARAZONA (Alphonso). — Lutte antilépreuse en Amérique du Sud. (*Thèse Montpellier* 1931.)

- TA-VAN-DU. — Un nouveau traitement de la lèpre en Indochine. (*Thèse Paris* 1937.) (On trouvera dans cette thèse une bonne bibliographie des travaux de Montel sur le bleu de méthylène.)
- THIROUX. — La lèpre à Madagascar. (*Rapport à la Commission de la lèpre* 1932.)
- TISSEUIL. — Les léproseries partielles en Nouvelle-Calédonie. (*Bull. Soc. Path. Exot.*, 13 février 1929.)
- Sur l'origine de la lèpre en Nouvelle-Calédonie. (*Bull. Soc. Path. Exot.*, 9 avril 1930.)
- Quelle est la durée minima d'incubation de la lèpre ? (*Bull. Soc. Path. Exot.*, 13 février 1935.) Et autres travaux dans le même Bulletin, années 1936-37-38.
- TISSEUIL et BERNY. — Un enfant de un an, fils de lèpreuse, porteur d'un nodule contenant des bacilles de Hansen. (*Bull. Soc. Path. Exot.*, 15 fév. 1935.)
- TREGOUET. — La léproserie de Qui-Hoa. (*Bull. Soc. Méd. Chir. Indochine*, Juin 1936.)
- TRUONG-VAN-QUE. — Campagne antilèpreuse en Indochine. (*Bull. Soc. Méd. Chir. Indochine*, Mai 1936.)
- ZAMBACO-PACHA. — La lèpre à travers les siècles et les contrées, p. 324 et suivantes.
- COMPTES RENDUS de la Commission Consultative de la Lèpre. La plupart ont paru dans la Rev. Col. Méd. Chir. à partir de 1932. Voir surtout les numéros des 5 nov. 1937, 15 fév. 1938, 15 avril 1938.

II

Articles de missionnaires (docteurs en médecine ou infirmiers)

- BOURLET. — La léproserie de Than-Hoa. (*Bull. de la Soc. des Missions Etrangères de Paris*, Août 1923.)

- CASSAIGNE. — Une léproserie en pays Moi (Cochinchine). (*Annales de la Soc. des Missions Etrangères de Paris*. Novembre-Décembre 1937.)
- R. M. CATHERINE de JÉSUS-CHRIST. — La Lèpre. (*Conférence donnée à l'Institut Catholique de Paris*. 1928-29.)
- CZERMINSKY. — Un volontaire de la lèpre, le Père Beyzym.
- DECÈS. — Les 25 ans de la nouvelle léproserie de Marana. (*Au service du Maître de la moisson*. Nov. Déc. 1936.)
- ENGELVIN. — La léproserie de Farafangana. (*Les Missions Catholiques*, 1^{er} juin 1937.)
- Une Fille de la Charité. — La léproserie d'Ambato-abo. (*Miss. Cath.*, 1^{er} Juillet 1931.)
- LANDES. — La lèpre est-elle guérissable ? (*Miss. Cathol.*, 1^{er} Mars 1937.)
- LOISELET. — Malades et lépreux à Madagascar. (*Appendice au Bulletin des Missions*, 1912.)
- NER. — Lépreux et léproseries Moï. (*L'Eveil économique*, 7 juin 1931.)
- NEUT. — L'apostolat des lépreux. (*Bull. des Missions*, 1925.)
- PONCET. — La léproserie catholique de Than-Hoa. (*Ann. Soc. Miss. Etrang. Paris*, Nov., Déc. 1936.)
- ROUVRAY. — Le traitement des lépreux. (*La Croix des Côtes-du-Nord*, 26 mai 1929.)
- SAUTON. — La lèpre au point de vue de l'assistance publique et de la bienfaisance privée. (*Rapport présenté au Congrès international d'assistance publique et de bienfaisance privée*, 1900.)
- VAUDON. — Les filles de Saint-Paul de Chartres. Une léproserie en Indochine. (*Revue d'histoire des missions*, 1926.)
- R. M. YVES MARIE. — Un institut de la lèpre moderne à Bamako. (*Miss. Cath.*, Décembre 1934.)

X. X. — Les léproseries dans nos missions. Au Tonkin occidental. (*Bull. Soc. Miss. Etran. Paris*, Juillet 1923.)

On consultera également avec profit d'autres articles parus dans les journaux suivants :

Au service du Maître de la moisson (surtout juillet-août 1937). (Sœurs de Saint-Joseph de Cluny : 21, rue Méchain, Paris.)

Les Missions Catholiques (surtout 1^{er} mars 1935) (5, rue Monsieur Paris.)

Bulletin de l'Association Charles de Foucault. — (Numéros spéciaux mars, décembre 1931 : l'Evangélisation des colonies françaises) (5, rue Monsieur, Paris.)

Bulletin de la Société des Missions Etrangères de Paris, 128, rue du Bac, Paris.

